

## Site OHS – Depoimentos Históricos

### Transcrição da entrevista completa

**Projeto:** História do Câncer - Câncer, atores e políticas

**Depoente:** Luiz Carlos Zeferino

**Entrevistador:** Luiz Antonio

**Duração:** 2h22min

### Como citar:

DEPOIMENTO de Luiz Carlos Zeferino. **Site do Observatório História e Saúde – COC/Fiocruz.** Depoimentos - História do Câncer. s/l, 07/05/2010. Disponível em:  
<<http://ohs.coc.fiocruz.br/biblioteca/depoimentos-historicos-historia-do-cancer/>>. Acesso:  
**dia de mês de ano.**

# Transcrição da entrevista completa

**Zeferino:** Depois..., Nobregan chegou como professor

**Luiz Antonio:** Como professor você entrou nesse processo, nesse Programa de Controle do Câncer, um pouco da história que você conheceu sobre CAISM. Gostaria que você falasse um pouquinho sobre isso pra gente?

**Zeferino:** Eu fiz residência em ginecologia e obstetrícia, isso foi 79 a 80, depois eu fiz um ano de oncologia, cirurgia oncológica.

**Luiz Antonio:** Cirurgia?

**Zeferino:** Cirurgia oncológica. Aqui no Brasil. Foi aí que quando eu conheci o Professor Pinotti e trabalhei com ele, ele era cirurgião oncológico, um excelente cirurgião. Que era a antiga formação dele na Itália. No meio deste ano surgiu pra mim o interesse de ir para o exterior fazer um pouco mais de cirurgia oncológica, algumas outras atividades diagnósticas.

Então foi Pinotti pelo conhecimento dele me facilitou ir. Então estive na Itália. Era para ir, era para ir somente na Itália. Mas depois eu vi que ficar muito tempo na Itália ia ficar meio monótono, e aí lá mesmo eu comecei a procurar outros lugares, o Pinotti que obviamente sempre me sugerindo, e aí eu fui para França, Marseille e depois eu fui para os Estados Unidos, no **Kansas**. Fui nesses três lugares. Na Itália eu fiz cirurgia oncológica, na França eu fiz diagnóstico e mastologia. Na Itália mais cirurgia pélvica, de câncer. Na França fiz diagnóstico de mama e nos Estados Unidos diagnóstico de mama. Já dentro de uma área de rastreamento de câncer de mama lá.

**Luiz Antonio:** Desculpe, eu posso te interromper de vez em quando?

**Zeferino:** Pode.

**Luiz Antonio:** Nesse seu terebro de viagem você viu uma grande diferença entre a formação nos Estados Unidos e na Europa?

**Zeferino:** Há diferença. A prática é diferente, é muito diferente. O professor na... Eu vou pegar os dois extremos, tá? Na Itália a pessoa entra no consultório, a anamnese começa na hora que ela abre a porta. **(rindo)** E não senta na mesa na frente do médico não. Vai direto para a mesa de exame. E o atendimento continua, e é muito breve a conversa. Faz o exame, vai e conversa. É quase que um contínuo anamnese e o exame. E é mais ou menos assim também na clínica privada. Eu estava no serviço público, na Universidade Firenze. Mas eu vi, participei, vi atendimento privado em Bolonha, depois de uma outra vez que eu estive na Itália. Acompanhava professor no atendimento privado, quando estava lá, ele me convidava para acompanhar o atendimento dele, e era mais ou menos a mesma coisa. Uma sala lá única, entra e pouca conversa e vai direto para exame.

Nos Estados Unidos, nesse local em **Matsens – Kansas, estado do Kansas**, era uma consulta por hora, ou seja, começava exatamente às 8 horas da manhã e meio dia acabava com quatro atendimentos. Tinha exatamente 1 hora para o lanche. Voltava às 13h e as 17h acabava. Com oito atendimentos o dia inteiro. Absolutamente diferente! Só que as pessoas chegavam, e eram pessoas que faziam todos os exames, e já saiam com todos os diagnósticos dos exames. Se ia fazer mamografia, se ia fazer ultrassom, e já ia embora. Mas aí era assim, ou para... Fica uma conduta bem definida. Não tinha consulta e depois marca exame para o dia seguinte não. Ela vinha e resolvia. Numa manhã marcavam-se quatro exames e numa tarde marcavam-se quatro pacientes. Então são dois extremos, muitos diferentes. A França é intermediário a isso. E eu vi também na Inglaterra depois disso outras vezes.

### **Luiz Antonio: Em relação à parte mais técnica eram procedimentos próximos?**

**Zeferino:** Acho que eu vi que são situações diferentes. Aí eu posso comparar mais França e Estados Unidos.

Nos Estados Unidos o atendimento é mais sistematizado, muito cuidadoso, muita conversa com o paciente, muito mais tempo conversando com o paciente, explicando, me apresentando. Alguns, dependendo de quem eu estava acompanhando as consultas, até pedia autorização para o paciente para ver se eu não podia acompanhar a consulta. Então ele tem uma sistematização, assim, bem definida no atendimento, quase uma linha de... Na Itália é bem liberal, solto, o paciente também é mais solto.

E na França também é muito mais para o lado Italiano que no lado Francês. A França, o que tem muito marcante que naquela época não tinha na Itália, e muito menos nos Estados Unidos é que eu estava no hospital que câncer em **Marceille**, é que tudo que acontecia ia para o médico de família. Tudo, tudo, tudo... Então o paciente era

atendido e saía com uma contra referência do médico de família dizendo o que foi feito, quando é que vai voltar, e quando voltar que exames têm. Uma ou outra pessoa que dizia que não tinha médico de família, dizia: “Então me dê um lá perto da sua residência”. Então dizia: “Se a senhora quiser procurar outra, a senhora procura, porque aqui é desse jeito.” Não tinha conversa. Eram cem por cento dos casos. É uma marca muito forte do atendimento direto. Ele não era desinserido do sistema. Ele era desse tipo. Agora, do ponto de vista tecnológico, era muito potente, todos eles eram muito potentes. Do ponto de vista da disponibilidade de exame. Agora, são culturas diferentes. São culturas diferentes do ponto de vista do cuidado, do ponto de vista do cuidado intra-hospitalar, da relação entre os profissionais, relação com os pacientes. Interessante, enfim.

**Luiz Antonio: Voltando para a sua trajetória. Aí você retorna...**

**Zeferino:** Retorno, e aí o professor Pinotti bem antes disso ele me estimulou a entrar na área de câncer, na verdade quando fiz o terceiro ano com ele. Também foi muito marcante. Ele me estimulou, eu entrei. E o professor Pinotti naquela época, em 83, tinha ficado, tornado-se reitor da Unicamp. E ele sempre tinha sido diretor da Faculdade de Medicina, Faculdade de Ciências Médicas, e... Ele sempre tentou criar um centro de tratamento de câncer, mas não dava certo.

**Luiz Antonio: Essa formação era alterea, também, não é?**

**Zeferino:** Sim. Ele era graduado na USP, ele era cirurgião geral, mas trabalhou acho no Amparo Maternal, algum hospital em São Paulo ligado à obstetrícia, e aí que ele sai de ser cirurgião geral e vai para G.O. Vai para Ginecologia Obstetrícia.

E quando eu estava aqui, o professor Pinotti, conversando com ele, ele e surgiu a idéia de nós voltarmos à criação do Centro destinado a prevenção do câncer ginecológico-mamário. Ele criou o CECAM como reitor, dentro da Universidade. CECAM, chamava-se Centro de Controle de Câncer Ginecológico Mamário. Então, quando se viu escrito estava em plena vigência do CECAM. Em algum lugar supõe que isso deve aparecer aqui. Aqui ! E ele me colocou como coordenador. Coordenador do Centro de Controle de Câncer Emplasto Mamário de Pupila, chamado CECAM que deu origem ao CAISM. O primeiro nós aí, nós começamos a construir o CECAM. Então deixa eu contar assim para você. Aqui deve ter algum... Esses dados aqui até mostrei numa reunião no INCA, muito tempo atrás. Então veja aqui, esse aqui foi até 85, a rigor eu comecei a entrar em 83. Eu entrei, comecei no final de 82, o CECAM foi criado em 83. Foi criado em 83. Você deve ter lido em um artigo meu por que eu coloco isso aqui um pouco mais detalhadamente. Tem o artigo?

**Luiz Antonio:** Eu vi vários artigos seus, mas não exatamente sobre isso.

**Zeferino:** Mais tem um que conta bem essa história.

**Luiz Antonio:** É, é era um artigo bem recente com o Thuller.

**Zeferino:** Não, não, mas eu tenho artigo de histórico.

**Luiz Antonio:** E você tem uma revista chamada *Femina*, que eu vi agora, *Femina* ou *Fêmina*?

**Zeferino:** Eu mostro... Eu dou cópia do artigo para você.

**Luiz Antonio:** Mas, deixa... Uma das minhas preocupações... E você acha que é nessa época que você está entrando em 83, já existe um histórico disso?

**Zeferino:** Deixa eu voltar para trás. Acho que tem três grandes... Pelo que eu tenho conhecimento três grandes programas se iniciaram aqui no Brasil. Inclusive quantitativamente. Uma foi a Fundação das Pioneiras Sociais no Rio de Janeiro com o Arthur Campos da Paz. Ele formou citotécnicos, ele investiu. Isso na década de 80 também. Na década de 80, final dos anos 80 mais ou menos. Ele investiu, acho que ele tem um papel importante, porque ele investiu, inclusive montou uma escola de citotécnico.

**Luiz Antonio:** O Arthur Campos da Paz. As Pioneiras Sociais.

**Zeferino:** O Pinotti esteve na Europa no final dos anos 60. E o controle, o rastreamento do câncer do colo uterino foi implantado na Europa no fim dos anos 60. Se você for ver os países europeus, tipo assim, entre 65 e 70, quase todos os países implantaram alguma forma do rastreamento citológico do câncer do colo do útero. E era citológico. O Pinotti era um indivíduo muito atento a essas novidades, veio para cá em 68, ele começa a dar um jeito de fazer rastreamento aqui. Ele começa em 68.

**Luiz Antonio:** Muito cedo, não. Impressionante!

**Zeferino:** 1968. Mais ele chegou da Europa, e aí sim, aí ele foi conversar aqui, aí é muito interessante! Aqui do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade, por o pessoal fazia citologia do colo uterino. O professor responsável falou que ele jamais faria isso, por que onde já se viu fazer diagnóstico por citologia? Ele não admitia porque tinha uma formação menor. Aí o Pinotti para viabilizar isso teve que montar um laboratório à parte do Departamento de Anatomia Patológica.

**Luiz Antonio:** É. Os dois artigos vocês falam bastante isso.

**Zeferino:** Ele teve que montar à parte.

**Luiz Antonio:** Houve resistências, inclusive.

**Zeferino:** É. E aí veio um citologista, um patologista do Hospital do Câncer de São Paulo, **Sicamar Levita, Geraldo Levita**, acho que esse é o nome dele. Mas tem uma placa em homenagem a ele lá no CAISM. Que veio para cá e foi o citologista do laboratório que Pinotti montou. E o **Levita (?)** também começou treinar profissionais para serem citotécnicos. O primeiro que montou foi o Senhor Assir que foi treinado. O senhor Assir, na verdade, era a pessoa que fazia limpeza do laboratório. Ele está vivo. E ele foi um excelente profissional do ponto de vista citotécnico. Formou muitas pessoas. É um senhor que nem sei que idade está. Senhor Assir Martins. E aí formou uma escola, então ele começa em 68. Dois anos depois, mais ou menos, o Sampaio Goes começa em São Paulo. A diferença que Sampaio Goes naquela época, ele era o professor na USP, politicamente ele conseguiu montar uma Fundação chamava FCPO, que é Fundação Centro de Pesquisa de Oncologia. Atual, Fundação Oncocentro de São Paulo, que mudou o nome.

**Luiz Antonio:** FOSP, não é?

**Zeferino:** FOSP. Então chamava FCPO, criada pelo Sampaio Goes para promover a prevenção do câncer do colo do útero. Até que o Sampaio Goes começou um pouco depois do Pinotti, mas como começou com muito mais fórum que o Pinotti. Porque contou com a Fundação.

**Luiz Antonio:** O Goes tinha muito prestígio com os governos?

**Zeferino:** Isso... Isso. Depois ele teve cargos no Ministério, etc. E aí ele montou um esquema, um laboratório imenso, partida, tinha ônibus para fazer campanha, tinha vagão de trem para circular pelos lugares. E aí tem uma pessoa que viajava nesse vagão, que eu acho que ainda ela está viva, mas... Que é a Doutora Lilian. Viajava pelos vagões da campanha com Sampaio Goes. Ela fazia citologia e o citotécnico, ela fazia com colposcopia tudo no vagão ou no ônibus, no ônibus.

**Luiz Antonio:** Isso no final da década de 60 ainda?

**Zeferino:** Isso, já no começo dos anos 70. O Sampaio começou mais ou menos em 71, 70 e 71.

O Pinotti começou dois anos antes. Mas a subida do programa do Pinotti, foi subida muito média, foi viabilizando progressivamente. Agora o Sampaio Goes começou com o investimento do governo em cima da Fundação, e a Fundação promovia isso. Então

ele também criou um laboratório no modelo do Arthur Campos da Paz no Rio. Montou uma escola de citotécnico no modelo do Rio. Comprou o ônibus para fazer campanha com o ônibus, e comprou... E aí conseguiu ainda estrada de ferro, que naquela época ainda funcionava melhor. Um ou mais de um vagão para controle de câncer que ficou muito tempo depois estacionado aqui em Rio Claro, parado.

Então, aí são os três grandes programas. O Arthur Campos da Paz, o Sampaio Goes e o Pinotti dentro da Universidade, não sei. Tem um programzinho que começou, mas com muito menos toque, aí na região do ABC de São Paulo. Não sei se é São Caetano ou Santo André, mas com muito menos toque que esses três, certo.

#### **Luiz Antonio: E aqui em Campinas, como foi a evolução desses três?**

**Zeferino:** Então, aqui em Campinas eu diria que foi progressivamente. Nessa época obviamente não tinha SUS, não era prioridade para o sistema, para o sistema, é... O médico não era prioridade, não tinha programa para isso. Então era uma iniciativa do Pinotti.

#### **Luiz Antonio: Era uma novidade?**

**Zeferino:** Era uma novidade. Então era uma iniciativa da Universidade. Como é que o Pinotti foi viabilizando isso? Conversando e adquirindo parceiros. Ele conversou aqui no Município de Campinas. Com algumas unidades colhendo papanicolau ele lendo aqui. Depois deu um passo muito importante, é quando ele criou o programa de toque com Ginecologia Preventiva, que foi mais uma grande visão que ele teve. Ele observava que as pessoas que naquele momento ali procuravam o Hospital Universitário, elas viam em demanda espontânea cada uma com a sua hipótese diagnóstica procurando especialista que achava que era. E aí ele criou esses Toques de Ginecologia Preventiva, ou seja, todas as mulheres que vinham ao hospital passavam por um, um check-up geral. O check-up assim, uma coisa muito sumaria. Media a pressão arterial, apalpava a mama e fazia uma papanicolau. Reviam as queixas e faziam um encaminhamento as pessoas. Obviamente que ele encontrou aí muitos cânceres iniciais, ele sabia... E as pessoas estavam indo para oftalmologia, para outras coisas. Então esse é o grande impacto, quer dizer havia um espaço para uma ação preventiva. E aí, e aí eu trabalhei já nesse programa, como... Em 81 eu trabalhei nesse programa. E ainda na minha formação, quando estava no terceiro ano de residência, esse ano que eu fiz oncologia, eu tinha uma manhã nesse programa, funcionava todas as manhãs. E, orientava dar uma geral rápida na mulher. Foi importante por que ele funcionou durante muitos anos. E esse programa ele teve um impacto grande no PAISM.

### **Luiz Antonio: Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher.**

**Zeferino:** Exatamente. Foi na época do Valdir Arcoverde como ministro. Tinha uma questão do Brasil, tinha uma questão que o Banco Mundial tinha toda a... Algumas questões colocadas pelo Banco Mundial em relação ao Brasil e o Banco Mundial eram intensas

### **Luiz Antonio: Era referência Internacional da Mulher.**

**Zeferino:** É. Mas tinha uma questão que era a seguinte: o Banco Mundial colocava que era fundamental reduzir a natalidade. E aí começou se falar naquela época em controle de natalidade. Pegou mal esse termo. Porque controle de natalidade, e aí com o momento que a mulher veio, a mulher veio, começou a ser muito discutido e foi momento de intensos movimentos feministas. De fazer passeatas nas ruas com faixas e etc. E aí que surge o nome do planejamento familiar substituindo o controle de natalidade. Então aí que o pessoal deleta o nome controle de natalidade e substitui por planejamento familiar que é um nome muito mais apropriado, mas ainda o governo ficava meio, meio preso por que estava vendo a mulher somente pela questão reprodutiva. Aí o Pinotti que vinha exercendo esse programa de ginecologia preventiva, falou: “Vamos fazer um programa de atenção Integral a Saúde da Mulher.” E ofereceu isso para o governo que estava meio numa sinuca de bico. E o governo botou PAISM. Que tem Eliana Tadei no INCA. Sabe quem é? Chamava Tadei, agora Eliana é outra coisa, mudou o nome dela. Tadei era o sobrenome do marido dela, que trabalhou no PAISM nessa época. Ela pode falar um monte sobre isso. Ela está no INCA, trabalha na área de educação do INCA.

### **Luiz Antonio: Ah, sei quem é. Ela até pouco tempo era Vice de Educação.**

**Zeferino:** Alguma coisa assim. Ela foi o principal agente do PAISM do Ministério da Saúde na época. Conversou com ministro, articulou um monte de coisas. Então, isso que estou te falando ela Te coloca com uma riqueza de detalhes muito grande, foi aí que também veio, eu também já estava entrando como professor, como cargo a ser ganho, comecei a entrar no PAISM pelo lado do controle. O PAISM visava cinco tópicos: visava pré-natal e puerpério. Acho que, não sei se é separado ou junto – Planejamento Familiar, Controle de Câncer Ginecológico-Mamário, Controle de DST, ou seja, quer dizer tinha cinco coisas voltadas para mulher. Nós não estamos só vendo a mulher do ponto de vista da sua reprodução. Nós vamos ver a mulher do ponto de vista da DST, nós vamos ver a mulher do ponto de vista do controle de câncer, nós vamos ver a mulher do ponto de vista obstétrico. Para ver a mulher também do ponto de vista obstétrico. E aí surge o PAISM. Aí nos tínhamos o CECAM aqui em Campinas.



Por que surgiu o CECAM? O CECAM era para ser um Centro para promover isso daqui, prevenção tanto o câncer ginecológico-mamário que eu coordenava. Como essa demanda foi crescendo muito, não cabia mais dentro do Hospital essa demanda. Aí a universidade fez um convênio com o hospital de Campinas, se chamava Hospital Maternidade de Campinas. E nós operávamos os casos do programa lá no... Tanto de mama quanto no colo do útero, na Maternidade de Campinas, com residente, como se fosse uma extensão da Maternidade. Isso desencadeou a construção de um pequeno hospital para câncer aqui, que é o hospital do CECAM. Criado para ser um hospital do CECAM com 35 leitos na época. Na sequência vem o PAISM. E aí o Pinotti que ainda era reitor fala: “Vamos transformar o CECAM no CAISM”. Entendeu? E aí ele expande esse projeto que era só para câncer ginecológico-mamário para o Hospital da Mulher com ginecologia, obstetrícia e neo-natologia. E ele passa atender a parte de câncer e mais essas outras áreas. E aí que o PAISM aqui ficou o CAISM. E nós capacitamos aqui pessoas do Brasil inteiro.

**Luiz Antonio: O CAISM começou em?**

**Zeferino:** Ele foi... Começou atender paciente em 1985. Começou internar seu primeiro paciente em 1986.

**Luiz Antonio: E o seu trabalho no CAISM inicialmente ele...?**

**Zeferino:** Não, eu como coordenador do CECAM praticamente acompanhei toda construção e implantação do CAISM. Aí foi feito um estatuto, aí eu fiquei só no CECAM. Aí teve uma direção de acordo com o estatuto no CAISM, uma direção no próprio CAISM.

**Luiz Antonio: Doutor e essa questão, ainda continuando com a prevenção ao câncer de colo. Essa campanha aqui em Campinas continuou crescendo e se estabelecendo?**

**Zeferino:** Essa campanha ela tem... No começo como não tinha iniciativa nenhuma do sistema. O que quê tinha aqui? Tinha o PAM do INAMPS, aquele estilão que funcionava, o PAM do INAMPS. Quem não tinha carteirinha do INAMPS era indigente. Depois universalizou, mas até então era indigente que não tinha o PAM do INAMPS e nem lugar nenhum fazia isso. A Universidade estava fazendo isso. Para o Pinotti conseguir expandir o programa da forma como expandiu, ele conversava com os Prefeitos ou Secretário de Saúde e falava, propunha a campanha da prevenção.

Então ele vendia um programa, um programa existência. Vendia do sentido assim, como alguma coisa que o prefeito poderia ter vantagens políticas e fazia convênio com

as Prefeituras para meio que entre aspas “cofinanciar” essa atividade, por que também tinha dificuldades para isso.

Então quando eu entrei aqui, na verdade era um convênio com os municípios que tinham e o pessoal pagava... Os municípios pagavam por exames realizados. E ao mesmo tempo nós treinávamos o pessoal de lá para realizar os exames e nós atendíamos as mulheres com papanicolau alterado. Aí então, aí então ele começa se expandir por essa via, fazendo convênio com os municípios. E os municípios pagavam, e tal, era uma coisa que pegava bem. Montavam ambulatório, o prefeito fazia a ação política dele. E isso mesmo nas trocas de prefeito aí, que não foram tantas, pois o período não é tão longo assim. Mantinha... Às vezes algum prefeito queria colocar um laboratório da cidade, então deixava mandar para cá, por que aí começam a aparecer outros grandes, mas isso pouco importa. Mas a verdade que isso fazia crescer. Então até 1987 foi assim que o programa cresceu aqui. Então veja, em São Paulo com Sampaio Goes cresceu por que a Fundação bancava, ela fazia de graça para as Prefeituras. O Pinotti não tinha essa envergadura, ele não poderia colocar esse ônus na Universidade, então ele fazia convênio com as Prefeituras e as Prefeituras pagavam uma taxinha. A universidade cofinanciava, mas...

**Luiz Antonio: Em comparativamente era um programa bem amplo,**

**Zeferino:** Era, mas até 87 ele foi muito restrito, mas assim mesmo fez um volume grande de exames. Agora, quando o Pinotti em 87 torna-se Secretário de Saúde, aí ele me convida para coordenar o programa de câncer do Estado e também naquele momento eu sou indicado para ser diretor técnico-científico da Fundação Oncocentro de São Paulo. Então eu acumulei o papel de diretor técnico-científico da Fundação Oncocentro de São Paulo, que é essa Fundação tinha sido criada pelo Sampaio Goes. Um ano antes tinha sido mudado o nome dela que era Fundação Centro de Pesquisa em Oncologia para Fundação Oncocentro de São Paulo. Mudou o nome. Na época do governo Montoro.

**Luiz Antonio: Você acumulou a Fundação Oncocentro...**

**Zeferino:** Com a coordenação do Programa de Câncer do Estado de São Paulo. Como coordenador e com a coordenação do Programa de Câncer do Estado de São Paulo não era só prevenção, era tudo, os hospitais, diagnósticos e etc. Mas, nessa hora que aí vem à discussão SUDES, SUDES, não SUS.

**Luiz Antonio: SUDES?**

**Zeferino:** SUDES. Que já em 87 vinha por conta da última Conferencial Nacional de Saúde, etc. e o Pinotti mergulha de cabeça nisso. Estava com grande prestígio no Governo Federal, tinha acabado de ter uma importante ação no âmbito do PAISM, tinha um grande trânsito lá dentro. Aí ele foi muito importante para esse exercício do SUDES juntar o Ministério da Previdência e o Ministério de Saúde para, a partir daí, começar a fazer a construção do SUDES, que o SUDES não era um convênio entre os ministérios com as Secretarias Estaduais de Saúde. Não era institucionalizado. Era um programa que se viabilizava via convênio para formalizar o fluxo de recursos. Nessa hora então Pinotti traz para a secretaria a obrigação de fazer papanicolau. Até os convênios com os municípios de Campinas terminam aí. Por quê? Por que a Secretaria de Estado começa a financiar via Fundação Oncocentro, via os próprios instrumentos dela. E então aí, aí tem a grande expansão.

**Luiz Antonio: A partir de 87 então se deve a essa expansão desse programa?**

**Zeferino:** Esse é mais efetivo, eu diria mais evidente em 88. Então aí vem, vem e coloca. Ao mesmo tempo Pinotti através do SUS investiu muito na organização da rede básica de Campinas ou do SUS com dinheiro federal, um pouco de dinheiro estadual, mas houve muito repasse de dinheiro pros municípios construir unidade básica de saúde básica para financiar custeio, sei lá. Então foram dois anos, que eu diria assim, em 87 até o começo de 89, foram anos assim que cresceu muito a rede básica e uma ação programática da rede básica no hospital de São Paulo, foi o controle de câncer de colo uterino, de mama, principalmente do colo do útero. Isso se expande muito.

**Luiz Antonio: Fala um pouquinho mais sobre a sua gestão nesse período, nessa coordenação.**

**Zeferino:** Tá. É assim. Eu estava na Fundação, nós criamos e, aí nós reativamos a Escola de Citotécnicos que tinha sido desativada. Formamos muitos citotécnico.

**Luiz Antonio: É o que está até hoje lá na FOSP.**

**Zeferino:** É. Capacitamos... Capacitamos enfermeiros para fazer isso aí, que é uma coisa muito interessante por que aí os médicos entraram com uma ação no CRM restringindo a coleta do papanicolau aos médicos.

**Luiz Antonio: É mesmo?**

**Zeferino:** É. Tem tudo aí. Eu entrei com recurso no CRM e, me reuni com a aquela coisa do processo e numa reunião de plenária do CRM, eles derrubaram essa idéia. Tem tudo isso documentado.

**Luiz Antonio: Que é uma conquista,**

**Zeferino:** É, tenho tudo isso documentado.

**Luiz Antonio: É importante.**

**Zeferino:** Então a gente devolve, por que aí parou, nós fomos treinando enfermeiros e de repente os enfermeiros falaram: “Nós não podemos mais fazer isso porque o COREM nos informou que isso... Bem, o COREM... nos informou que nós não podemos fazer isso”. “Por quê?” “Por que foi uma decisão do CRM.” “Como isso?” Aí passamos um ano discutindo isso. Mais depois deu tudo certo. Continuou... continuou e expandiu muito.

Aí nós criamos Centro de Colposcopia, fizemos um protocolo de quem fazia na rede básica, de quem fazia lá no Centro de Colposcopia, começamos a treinar algumas pessoas, e tínhamos muita dificuldade para treinar, porque você treinava com uma pessoa para fazer colposcopia, você achava que ela ia para a rede fazer colposcopia, só que não queria, queria fazer pré-natal. Então resistia, por quê? Infelizmente naquela época havia um grande desvio do pré-natal. Mesmo na rede básica o médico fazia laqueadura depois que a pessoa pagou. Então, isso um grande viés.

Existe um pouco disso ainda hoje. Mas um grande viés que isso não era muito formalizado, financiado pelo sistema, então era meio rotina. “Olha doutor! Estou fazendo pré-natal, mas não quero mais filho, quanto fica para fazer?”. Isso era rotina. Então, mesmo que se investisse em alguém para fazer colposcopia ele, ninguém queria abandonar do pré-natal por que era uma forma de renda, e se a pessoa tinha algum convênio, que às vezes tinha. Sei lá como funcionava isso! Mas isso era um componente que dificultava você estabelecer Centros de Colposcopia. Ninguém queria essa coisa de colposcopia. Mas isso é importante. Mas aconteceram mais de 50 lugares fazendo colposcopia no estado de São Paulo, também nesse período. Estou dando algumas dificuldades. Na Fundação, montamos, formamos citotécnicos. Criamos agora não me lembro, mas um bom número de novos laboratórios no estado de São Paulo nós ampliamos. Defendi muito que esses laboratórios fossem públicos. Enfrentei a resistência da PESP, Associação de Patologistas do Estado de São Paulo. Reinou uma resistência, como eu diria? Elegante, respeitosa, não houve... Nós nos reunimos... Pessoal da PESP vinha conversar. Nós discutimos custos, e eu naquela época eu tinha montado uma planilha, que demonstrei que era mais barato nós fazermos isso no público do que terceirizar para os privados. E era verdade. Qual foi o problema? Que depois que o Pinotti saiu tudo isso desabou.

**Luiz Antonio: É mesmo?**

**Zeferino:** Tudo desabou. Então, daqueles laboratórios que nós criamos, devem ter muitos poucos funcionando. Mas começava assim, a gente fez...

**Luiz Antonio: Quem sucedeu o Pinotti?**

**Zeferino:** Foi o **Nadegavai(?)**, que era um professor paulista, depois veio o Vicente Amado Neto, e aí, outras cabeças. Então a função de secretário ainda era muito importante, o sistema ainda tinha o SUS de 88 e a lei orgânica de 90, mas num... Agora estava discutindo As NOBs, estava discutindo. Estava muito, muito mal estruturado, era muito vulnerável.

**Luiz Antonio: Muito novo.**

**Zeferino:** Ainda hoje é muito vulnerável, mas assim mesmo era muito vulnerável igual o pensamento das pessoas. Então assim, isso também é uma coisa que eu aprendi, quer dizer, quando você cresce muito alguma coisa por decisão de quem está no poder, uma grande probabilidade de se enfraquecer muito depois que essa pessoa sai do poder. Então a melhor forma - hoje que eu digo - de você introduzir alguma coisa, é introduzir na medida em que o sistema vai se desenvolvendo e isso sempre por parte do sistema. Isso você dá estabilidade do projeto, do programa. Isso na medida em que o sistema incorpora. Isso não pode ter uma ação por que quero, por que tem que ser assim. Isso não funciona.

Então esses laboratórios tinham feito modulo que era um citologista para cinco citotécnicos. Então como isso morria? Bastava um citologista se demitir, e aí não se contratava outro. E aí sobravam citotécnicos sem citologistas. Então foi desmontando. Em Piracicaba nós montamos e a prefeitura se apropriou e ficou com ele até hoje. Deve estar funcionando. Em Jundiaí nos montamos, era regional, mas com a municipalização o município se apropriou e aí de certa forma deixou de atender a região e ficou atendendo só município, tanto Piracicaba quanto Jundiaí. Já a municipalização fez isso, Aquilo que era regional virou municipal, por que o município falou: "Eu estou contatando citologista, eu vou fazer isso eu vou..." Então Aonde esses laboratórios foram municipalizados predominou esse tipo de... Em alguns como em São João da Boa Vista, demitiu citologista, e aí nós trouxemos todos os citotécnicos para Campinas. Tem gente que viaja até hoje para São João da Boa Vista ou mudaram para cá. De já... Eu acho.... Eu não sei como ficou em Jundiaí, por que teve uma época em Jundiaí que também ficou acéfalo. Não sei depois como evoluiu. Mas aí eu perdi, eu perdi o acompanhamento disso. Aí hoje...

**Luiz Antonio: Só um minutinho doutor. Esse... Esse funcionamento já era um funcionamento o tempo todo como programa, não em cima de campanhas específicas?**

**Zeferino:** Nada, o programa era uma atividade contínua. Por que na verdade o programa Saúde da Mulher é uma grande bandeira do programa Saúde da Mulher que acabou pegando foi que não se podia fazer um exame ginecológico numa mulher sem saber se ela está em dia no exame de controle de câncer. Aí se pergunta: Mas vem cá não tem como no sistema público como no sistema privado. Então, nesse período também a demanda do privado aumenta brutalmente. Eu tenho isso escrito no meu memorial, também posso passar essa parte para você. Que naquela época lá no final dos anos 80... 87 e 88 estava passando aquela novela da Globo chamava “Barriga de Aluguel”. Você chegou a ouvir falar sobre ela?

**Luiz Antonio: Sim.**

**Zeferino:** Mário Lago era um médico, tinha uma mulher que emprestou o útero para outra engravidar. E aí através do geneticista, que era Valter Pinto que dava assessoria para a Globo, para como falar sobre esse assunto nós conseguimos inserir no diálogo do Mário Lago, que era chefe da clínica da novela, e sua equipe, por duas vezes nós inserimos diálogos relacionado à prevenção do câncer do colo do útero, por duas vezes. Na segunda vez ficaram conversando uma hora sobre o assunto, inclusive pediram cartazes para colocar na parede onde ia ser...

**Luiz Antonio: Olha que legal!**

**Zeferino:** Talvez tenha sido o momento maior... Foi fantástico! Você imagina quantas mulheres estava assistindo no público e privado. Acho que teve... E se a companhia da demanda do privado. Pode verificar aí, no pedido de 87, onde correspondia isso, a 90 o período de maior expansão de papanicolau no setor privado. A expansão assim, de aumentar cerca de 30 a 40% entre um ano e outro no número total de exames. Expansão violenta. Por conta de que os médicos foram incorporando o que não é para fazer um exame ginecológico, perguntar sobre o papanicolau, por que as pessoas estavam se dando conta de que... O que Pinotti fez em 87 deu muita dor de cabeça, acho que isso foi uma outra ação dele. Como ele tinha feito a top ginecologia preventiva aqui. Naquela época tinha a campanha de vacinação da SABIN. Então ele associou na campanha de vacinação da SABIN a coleta de papanicolau nas mães que iam levar as crianças para vacinar.

**Luiz Antonio: Olha que interessante, não tinha a maior ideia disso.**

**Zeferino:** Ele fez isso vários anos seguidos. Todo mundo odiou.

**Luiz Antonio: O papanicolau era uma bandeira do Pinotti?**

**Zeferino:** É. Todo mundo que estava organizando a vacinação odiou. Era... O transtorno era muito maior para viabilizar isso do que para vacinar. Por que vacinar era aplicar a gotinha e ir embora. Agora, colocar a mulher em posição ginecológica, ter espelho suficiente, tem num sei que lá. Você precisava de duas pessoas para vacinar e dez para fazer as outras.

**Luiz Antonio: Doutor, só uma curiosidade, tinha como fazer seguimento desse pessoal todo?**

**Zeferino:** Exatamente. Aí o que aconteceu? No pós-campanha ficava uma tonelada de exames que não tinha para onde mandar. Foi o que aconteceu. Uma tonelada, você não imagina! Aí, até um dia eu me lembro, uma profissional muito séria. Ela foi conversar comigo na secretaria de saúde e levou uma caixa: “- Ô Zeferino, ta aqui. O quê que eu faço com isso?”. Aí jogou na minha mesa. Não tinha estrutura para fazer isso. Aí ele... Naquela época nós conversamos com Pinotti, e aí ele faz contratos emergenciais... Contratos emergenciais com laboratórios privados para ler tudo aquilo. Vai ler tudo. Aí que demorou nove meses, e... 90 dias. Mais leu tudo. Aí surgiu outro problema, o que quê vai fazer com as mulheres com os exames alterados? Mas assim, nem que levou 1 ano, acabou sendo para algum lugar. E ainda depois disso repetiu isso mais umas duas vezes na campanha da SABIN. Depois parou. Parou até porque isso estava começando a entrar na rede de uma maneira mais sistemática. Mas, ou seja, o Pinotti agitou muito isso aí, por que aí... O que acontecia? Nesse momento da campanha da SABIN, começou a se falar muito em controle de câncer. E o Pinotti pegava o microfone e falava que tinha tantas mulheres que morriam que era mais caro tratar caso avançado do que tratar caso inicial, que não é bem verdade isso, e falava um monte de coisa assim, então dá uma visibilidade brutal... Brutal.

**Luiz Antonio: Não é bem verdade isso, doutor?**

**Zeferino:** Hem?

**Luiz Antonio: Não é bem verdade isso?**

**Zeferino:** Por que rastrear é caro. Porque o que o Pinotti fazia, ele comparava o tratamento do caso inicial com o caso avançado. Lógico que o caso avançado é mais caro que tratar um caso inicial. Só que para você ter caso inicial, você tem que colher 200 papanicolau. Você tem que trazer para o laboratório os exames de papanicolau,

alguém tem que examinar os exames de papanicolau, tem que voltar para lá, tem que chamar essa mulher. Agora se você colocar todo este custo custa mais. Então, se você pegar custo de toda a linha, não existe nenhum programa de rastreamento, que é mais barato, para tratar caso avançado. Então, hoje o conhecimento é claro. Ninguém faz rastreamento para gastar menos dinheiro. Por que, hora que você somar tudo vai ficar mais caro.

**Luiz Antonio: Mais?**

**Zeferino:** Exatamente. Não... Lógico que se tenho essa mulher que tem uma lesão propulsora, e tenho essa mulher que tem um câncer invasor, lógico que o tratamento desta é mais caro do que a que tem uma propulsora. Mas, para eu ter um caso, eu te que tá é um caso de lesão propulsora é um grande movimento. É essa ação. Então, basta esse movimento para salvar vidas. Para salvar vida, não para economizar dinheiro. Tenho isso muito claro para mim. Naquele momento até aqui provavelmente o Pinotti tivesse falado, que nessa época ele falava muito isso, que era mais barato tratar os casos... Que ele sempre colocou. E era uma posição até estratégica dele. Aqui então... Naquela época. Tá certo isso aqui. Tá certo. A que ele compara um com o outro. Mas ele não inclui aqui rastrear. Não inclui rastrear. Hora que você põe custo de rastrear descobre... **OTN era na mama. Indexador...**

**Luiz Antonio: Indexador do período,**

**Zeferino:** É. Obrigações... Obrigações reajustados do Tesouro Nacional.

**Luiz Antonio: Exatamente.**

**Zeferino:** Pois é **o OTN...**

**Luiz Antonio: Ainda nesse período da sua coordenação, você continua nessa coordenação por 4 anos ou mais?**

**Zeferino:** Não. Eu fiquei até 91. Eu fiquei na secretaria de saúde de 87 a 91, mas quando mudou o secretário, eu voltei para a Universidade e vi que em 2 anos se desmanchou um montão de coisas que nós tínhamos feito.

**Luiz Antonio: Doutor, só um pouco. Nesse período, e sobre mama?**

**Zeferino:** Também é junto, foi junto. Lógico que muito menos toque. Por que mama. Tinha algumas diferenças que eu ainda coloco muito hoje. O que predominava na época, que eu ouvia isso muito nas regiões brasileiras, era os tumores nos estágios 3 e



4. O que é tumor no estágio 3 e 4? São tumores que na mama tem mais de 5 cm. Agora numa região...

**Luiz Antonio: Predomina até hoje?**

**Zeferino:** Hem?

**Luiz Antonio: Predomina até hoje?**

**Zeferino:** Em algumas regiões sim. Numa mulher que predomina... Lá na USP, em São Paulo predominava 3 e 4. Então numa região, num local onde você predomina 3 e 4 não é falta de mamografia. Por que não precisa de mamografia para achar um tumor de 5cm é problema é de acesso ao serviço de saúde. Seja problemas relacionados à mulher, seja problema relacionado aos serviços. Claramente.

Então, naquela época o que teve, no meu ponto de vista mais impacto, foi organizar uma porta de entrada para os casos de mama. Montamos muitos... Como as pessoas eram treinadas para colher papanicolau e palpar mama, e não fazer mamografia por que ninguém pensava nessa possibilidade. No máximo que nós conseguimos fazer em vários lugares, Rio Preto, Marília, e em outros lugares. Se você for lá ver ainda está lá na Faculdade de Medicina de Rio Preto, o primeiro mamógrafo que você vê foi da Secretaria nessa época. Você vai na Faculdade de Medicina de Marília, primeiro mamógrafo que você vê é esse. Não para fazer rastreamento mamográfico. Mas para receber as mulheres que alguém tinha apalpado e tinha dúvida. Entendeu? Ou que tinha um nódulo já meio... Já esclarecido. Então, nem pensar em colocar mamografia na linha de frente. Era palpação.

Mas isso já abriu um... Foi um canal de facilitação do acesso. Isso mudou. Começou a predominar tumores entre 2 e 5 cm. Isso já era um avanço brutal. Um avanço brutal. E hoje no estado de São Paulo claramente predomina... O estágio 3 hoje já é bem menor. Bem menor, e cresce o estágio 1 que são tumores menores que 2cm. Que ainda cresce. E então essa é a tendência.

Mas para mama ensina a mulher a auto se examinar, ensina palpe. Se tiver dúvida leva para outro lugar. Então, eu lembro que quando cheguei aqui, na Unicamp, eu atendia num ambulatório que recebia mama, eu montei equipe, mas eu recebia mamografia, eu mandava revelar isso no final de 82 e 83. Depois isso foi passando. Esse serviço tem até hoje, muito mais qualificado, etc. E agora hoje então já tem a mamografia sendo usada no mapeamento. Já é outro cenário bem mais evoluído. Mas, o impacto dessa organização foi muito grande.

Começou-se saber o que queria se fazer com a mulher que tinha alguma dúvida na mama. Só isso teve um impacto tremendo nesse tipo. Alertava muitos os profissionais. Nós falamos muito também na imprensa em mídia sobre esse assunto. Era um assunto que era muito tema de programas de mulher, esses programas de televisão, revista, jornais, etc. Então mais profissionais de saúde começaram também a demandar isso. Então houve um crescimento paralelo.

**Luiz Antonio: Doutor, o senhor está falando desse seu período 87 a 91 no estado. Que é o período de criação do Viva Mulher, não é? Esse programa?**

**Zeferino:** Foi uma consequência. Foi no começo dos anos 90.

**Luiz Antonio: Começo dos anos 90?**

**Zeferino:** Começo dos anos 90. Na verdade ele era... Começou como projeto piloto na época do governo Collor. Pelo Marcos Moraes, que era presidente do INCA, uma grande influência.

**Luiz Antonio: Ele surge com o Marcos Moraes?**

**Zeferino:** É. Período Marcos Moraes, ele surge como um projeto piloto de um programa de rastreamento em algumas capitais. E quem praticamente termina com o Viva Mulher é o Serra quando é ministro.

**Luiz Antonio: E, assim... A gente ouve muitas críticas e outros elogios sobre isso.**

**Zeferino:** Em 98... Na verdade, o Serra foi convencido por algumas pessoas. Porque o Viva Mulher era fraquinho, sem impacto que vinha sendo realizado em alguns municípios de uma maneira casuística os controles porque não tinha como chamar as mulheres. Botou um programa em cada lugar e cada um vai ganhando isso. Era uma coisa meio sem sentido, mesmo. Porque todo mundo... Não havia conhecimento suficiente do potencial do programa. A discussão era: "Vai implantar ou não vai implantar?" Então o projeto piloto que o Viva Mulher organizou, assim, criou uma estrutura em cada um desses locais, definiu a diferença, deu uma estruturada primária, secundária, secundária e terciária, fazia papanicolau... Quando recebia a mulher que precisava operada, que não tratava como as outras. Deu uma estruturada, que é importante. É, tipo assim, vamos criar um modelo para ao Brasil. Que é uma coisa meio óbvia uma estrutura em qualquer lugar que funcione. O Serra vem... Que o Serra vem, é tipo assim: "Vamos fazer uma campanha nacional do controle do câncer". E isso quebrava a linha do Viva Mulher totalmente. Aí o Viva Mulher tenta expandir, mas ele ficou muito restrito.

### **Luiz Antonio: E você acha que foi positivo essa entrada do Serra com a campanha?**

**Zeferino:** Eu acho que a questão é o seguinte, ele terminou o governo com muitas críticas, mas tecnicamente e cientificamente falando.

Aí, eu preciso voltar para 88. Na década de 80 a Organização Mundial de Saúde organizou um estudo que envolveram 8 centros, quando eles construíram a base científica para propor normas de rastreamento. Final dos anos... Final dos anos 80. Então, aí a Organização Mundial de Saúde tirou que, nos países que tinha recursos, era suficiente controlar as mulheres entre 25 e 60 anos, de 3 em 3 anos. Os que tinham pouco recurso poderiam ter controles mais espaçados ou então, se tivesse muito pouco recurso, controlar a mulher uma vez na vida em torno de 40 anos. Norma da Organização Mundial de Saúde.

Em 1988, uma semana antes de realizar o Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia, que aconteceu lá no Rio, um tipo Internacional e Intercontinental, uma semana antes no Hotel Glória, reuniu-se as pessoas aí no Hotel Glória, para discutir se essas normas seriam implantadas ou não no Brasil. Então as normas vigentes no Ministério da Saúde, de 25 a 59 anos hoje, de 3 em 3 anos vem de 1988. Definido no Hotel Glória. Eu até... Uma das pessoas que coordenam isso, até um pouco tempo atrás ela coordenava a Unidade de Cuidados Paliativos do INCA... O INCA tem uma Unidade de Cuidados Paliativos. Coordenou o CPM, esqueci o nome dela, uma pessoa lá... É. Que tem origem nas Pioneiras Sociais. Mas aí na época das Pioneiras Sociais ficou... Arthur Campos da Paz. Não era com o Arthur Campos da Paz, era com o Aluísio Campos da Paz que sucedeu Arthur Campos da Paz. E o Aluísio Campos da Paz meio topetudo... e o pessoal que fazia qualquer oposição, põe para fora e essa pessoa saiu do..das Pioneiras e foi para o INCA.

**(pausa)**

**Zeferino:** E aí então o ministério forçou... Queria que se adotasse essas normas para o Brasil. Desde então o governo usa. Agora, essas normas nunca foram para o SUS. Este que é evidente nos programas europeus. Na sequência a Europa inteira adota essas normas sendo aos 30 anos, começando aos 25, aos 22 ou 21, tem intervalo de 3 em 3 anos, e outros até de 5 em 5 anos. No mesmo país tem variabilidade, como Dinamarca, como Inglaterra e Alemanha que manteve um ano depois de iniciar a atividade sexual. A Alemanha, o resto não. Mas aí o pessoal percebeu que não adianta você fazer normas por que a mulher faz controle quando ela vai ao médico. E é... é o padrão do rastreamento ainda hoje no Brasil. Que nós chamamos de casuístico ou oportunismo. Quando a pessoa... A mulher vai ao médico ela faz... Quem são as mulheres que mais

vai ao médico, no caso ginecologista? Mais jovens. Iniciante transexual que precisa do médico excepcional tem mais relação sexual, tem mais corrimento, fica grávida, precisa ter a concepção, faz pré-natal, faz puerpério, fica grávida outra vez. Com 35 anos faço laqueadura. Agora não precisa mais de ginecologista. Então, o controle é muito concentrado no Brasil em mulher jovem, tem muito papanicolau alterado, mas são papanicolau de pouco risco de progressão. Então, isso diminui muito o rendimento do rastreamento. E a hora que começam a predominar as lesões mais graves, ela está laqueada ou **(inaudível)** Essa vai menos ao ginecologia. Está começando a voltar agora. Isso com pacientes novas, a menopausa, o climatério. Então tem um conhecimentozinho de climatério por que tem interrupção menstrual vamos discutir se vai entrar na reposição hormonal ou não. Como se cuidar. Ah sim! Aí na Europa também... Esse padrão não é eficiente. Esse padrão tem muita dificuldade para reduzir a mortalidade. Por que não pega as mulheres que estão com as lesões tomográficas antes. Lógico que tem lesões dessas na mulher novas, mas o grande contingente tá depois dos 30 anos... Não antes dele. Então diminui tremenda... Esse **padrão tremendamente** a eficiência do rastreamento. E aí o que acontece... Inglaterra e Dinamarca. A Inglaterra observou que tinha **aquele exame lá...** Que já tinham adotado a carta de convocação. Então tinha lá a minha ficha... Eu fiz papanicolau em 2007. Em 2010 se eu não fiz nenhum nesse período... em 2007 eu chamo você. Em alguns lugares é até de 5 em 5 anos. Agora e isso. Você pode ter feito algum papanicolau, mas se passar 5 anos você é chamado. Através da carta. E aí, nessas regiões observaram que a queda de mortalidade era muito grande e evidente. E aí no final dos anos 80 tem um grande número de pessoas que tem essa sacada. Aí tem uma grande revisão dos programas europeus, no sentido de implantar a carta para chamar. Interessante que na Dinamarca, nesse período aí, tem uma que também tinha essa variabilidade regional. Era mais administrativo do que econômica. Tinha lugar lá que tinha cobertura de 80% na política. Todo mundo sabe onde faz, todo mundo. É de graça o papanicolau aqui. Essas pessoas tem acesso, tá com 85% de cobertura é a meta. Para de mandar a carta. Sabe o que aconteceu com a cobertura? Caiu. Então não adianta só as pessoas saberem que é importante saber onde é que faz, saber que é de graça. O mecanismo de chamar, o mecanismo ativo de chamar é fundamental. É fundamental! Então fatos como esse levou... Hoje, quase totalidade na Europa, menos Alemanha, Espanha, Itália não tem um bom rastreamento por que são países de muito risco menor. As mulheres são de risco muito menor. Discriminado, Inglaterra, Alemanha, são países... São países com risco muito alto.

**Luiz Antonio: Por quê?**

**Zeferino:** Ah! Provavelmente pelo padrão sexual.

**Luiz Antonio: Padrão sexual.**

**Zeferino:** Padrão sexual. Latino aqui tem um padrão sexual descombinado. Tanto que os Árabes... Qual é o país que tem menos câncer de colo uterino, no mundo?

**Luiz Antonio: São os Árabes?**

**Zeferino:** Síria. Síria. Se você pegar os 20 países com menos câncer, 15 são muçumanos, são Árabes... 15. Mais ou menos isso. Então, é equivocado dizer que é um problema do pobre. Se você pegar a África inteira, você vai na África abaixo do Equador ou por baixo do Saara... altíssimo risco. Os países do norte da África, que começa Marrocos, Argélia, Nísia, Egito e **os Muçumanos...** São baixos esses índices...

**Luiz Antonio: Muçumanos...**

**Zeferino:** Muito baixo esse índice. Tá vendo, os países Árabes são lá em baixo. Sem nenhum rastreamento.

**Luiz Antonio: Muito mais questão sexual que genética.**

**Zeferino:** Não. Indiscutível isso! Indiscutível isso! Não, de genética não tem nada. A pobreza está associada ao seguinte fato. Escandinávia, Inglaterra, é de altíssimo risco, mas o sistema da conta disso. O Haiti é de altíssimo risco, mais o sistema nem passa por isso, e a maior resistência do mundo está no Haiti, vamos falar. Não é nem na África. Eram vários países africanos, lá também. Que a pobreza está associada assim... Se existe um comportamento de alto risco e existe... E não existe um sistema que de conta disto. Mas existe primeiro uma situação de alto risco. Então tem até, comparando Colômbia com a Espanha, que a prevalência, daí... O HPV que é a novidade. A prevalência de HPV na população espanhola é 5%. Na população da Colômbia é 15% e 18%. Isso numa situação de fator mais importante, porque se tem uma taxa de 5% dos infectados na Espanha e 15% aqui. A grande característica neste estudo é que os homens transam muito mais com prostitutas na Colômbia que na Espanha. Ele mostra, dá uns indícios bem objetivos que isso está relacionado com o comportamento, mas o padrão dos muçumanos, que tem tremendas restrições para essa questão sexual, e os países mais liberais se não tiver um bom sistema, tem muito câncer. Isso é evidente. Isso tem um padrão muito claro, isso. Então, um cenário um pouco melhor sobre a evolução. Então esses países aí implantaram.

**Luiz Antonio: Doutor deixa eu.**

**Zeferino:** Então aí com esse conhecimento os países implantam o sistema que chamam de *call recall*... rechama, rechama, rechama. Mas para aí veio questões extremamente importantes que hoje ainda é citada no Brasil, eu já até fiz críticas em eventos no próprio INCA, no ano passado, ano retrasado num evento lá. É isso. Cria dois conceitos de programa de controle de câncer. Um chama Programa Organizado e Programa Oportunistico. Se você lê você vai ver esses dois conceitos. Organizado é aquele que tem um sistema que capta, que chama mulher de acordo com a prioridade estabelecida. E chama a mulher dentro do grupo etário estabelecido como de risco. Ele tem um foco para isso. No oportunistico é aquele que ela faz quando vai no médico. Então hoje a tendência de todos é migrar para o organizado, mas precisa ter um processo ativo, mesmo que as pessoas saibam muito bem o que é.

Quando o pessoal que está no Ministério com o Serra diante desta questão, como nós não tínhamos um sistema de informação que acompanhasse dentro do sistema da campanha. Eu sou acompanhado num banco. Eu faço um financiamento, eles têm que fazer um débito mensal, aí eu debito mensalmente. Se eu não pagar, eu vou receber uma carta. Então, o sistema da saúde tinha que ter um sistema assim. Eu tenho meu papanicolau, se eu não fiz o papanicolau, eu vou lá e te chamo para fazer. Mas o sistema é baseado na pessoa. Qual é o grande equivoco no meu ponto de vista do Data SUS. Ele faz sistema baseados nos procedimentos, e ele não tem sistema que acompanha as pessoas. Qual é a alternativa de fazer isso para acompanhar as pessoas? É cartão SUS. Que é superimportante. Mas aí começa. O Serra começa a implantar o cartão SUS e a administração do PT agora desacelerou muito esse processo, muito. Então o que acontece? Fica uma grande debilidade com um sistema de informação, absolutamente necessário para qualificar o sistema, que é um sistema de informação baseado em pessoas. Que não é o câncer de colo uterino só, é para tudo! Por que no cartão SUS eu tenho um número, eu sou atendido na rede básica, mandei a mulher com o papanicolau para o Centro de Referência. Como é que eu vou saber que ela chegou lá? Se eu tenho o número dela, eu identifico se teve atendimento. Eu marco a mulher.... começo da... prevenir. O banco hoje faz isso fantasticamente. Eu posso ir em qualquer caixa eletrônico, e sacar dinheiro, que vai aparecer. Então, quer dizer, com o cartão SUS você poderia trabalhar em qualquer unidade de saúde, observar e você ver. O que que você tem na Europa. Você entra em alguns lugares, o cara puxa o extrato do seu prontuário... seu prontuário, via eletrônico, como se você extrato da conta corrente. Quer dizer, existe no sistema. E o sistema de saúde na hora da prevenção do câncer de colo uterino fez o SISCOLO. Que quê é o SISCOLO? É o Sistema de Informação que Controla Papanicolau. Você não tem cadastrado lá, quem são as mulheres de risco, você tem cadastrado as mulheres que fizeram o papanicolau. Mas,

you do not identify who is more than 3 years to do the pap smear and he does not have the condition to issue a letter to call. Then, it is a system that controls production and gives information about the quality of the exam. It does not qualify the screening. And now they did the SISMAMA breast modern. Besides that, it obliges in each requisition to put the address of the woman, the city where she lives, everything. Because there is a place that has to send a letter because the exam was changed. But there is a lot of people who stop doing the pap smear because they have to fill out this exam. The address of the woman is in her medical record. The health unit that has to do the connection with this. And... and the community health agents of the family is who has to go after the woman. Now, it is mandatory to put this and it is mandatory to type in the SISCOLO, besides that it is everywhere in the world that works there, this is an absurd. I already said this for INCA, pro... It is in the contradiction of the Information System. But it is a general problem in the Information System in the health area.

**Luiz Antonio: Que é baseado no procedimento e não na pessoa.**

**Zeferino:** Na pessoa. You do not accompany the person. You do not accompany. It is the SUS card that has this role. Now, it has become a criterion in the Municipality, it has become a criterion of the city, like there, as it has a low connection. As it became a criterion of the municipality, the city government painted it blue, called A, called B, it already starts with the initiative being done by the municipality, where they detected that this is important. It ends by making local adaptations, with local criteria, like you... In a thing that is a CPF national, is it right? The Federal Receipt accompanies its data. It crosses the receipts. Then in the economic area things go well. In the Ministry of Information, but in the health area... it is lamentable. There is a group inside the Data SUS that still hasn't done this. That I don't know in Data SUS, but hasn't done that to change the philosophy of the information system. That is not... that comes, maybe, data from the INAMPS, of controlling the procedure, of not knowing that there, that says... I don't know where it comes from. But, it... This is a disaster. Then what happens, we put a campaign in Serra. We don't have only bread in the information system. The control of 3 in 3 years. There is a lot that is not doing. And the screening program... is an opportunistic program. We prioritize women who never did and we prepare that the women are not doing well. Then I think the campaign started with 30 and 59 years, 35 and 59 years. And who never did? And we do this every 3 in 3 years. Repeat the campaign every 3 in 3 years. That the recommended speed is every 3 in 3 years. Then he does it at 98 and starts, if not me, from 35 to 59 years, in who never did. Absolutely correct. Because? The young group is being assisted by... it gives a case study that is happening. Tânia Lago can tell you about this.

**Luiz Antonio: Isso até por que ela é ótima.**

**Zeferino:** Tá certo! Ela pode contar... Ela expor ativamente esse processo.

**Luiz Antonio: Ela é de onde?**

**Zeferino:** Atualmente ela é curador do Programa da Saúde da Mulher da Secretaria de Estado de Saúde aqui de São Paulo. E.... mas, como a campanha saí com esse grupo muito restrito, começa a ter críticas. E os outros? Aí, então no meio da campanha abriu. Mas, de qualquer forma pegou muita gente de 35 e 59 anos. Quando você faz campanha, quem você acha que atende as campanhas?

**Luiz Antonio: Mais classe média.**

**Zeferino:** É quem já está supercontrolado. A mulher que vai todo ano no médico. Que tem 10 papanicolau. Você acha que a mulher que nunca foi, vai fazer só por que está tendo uma campanha? Não. Não vai.

**Luiz Antonio: Então a campanha é diferente da vacina?**

**Zeferino:** Não vai. Não Vai. Então a campanha ela é pouco eficiente, vai chamar as pessoas que... que nunca fizeram controle ou que não faz o controle regulamente. Mais sensível às campanhas quem já é mais sensível a qualquer coisa da área da saúde.

**Luiz Antonio: É difícil pensar isso porque campanha de vacinação é...**

**Zeferino:** É outra lógica.

**Luiz Antonio: Outra lógica.**

**Zeferino:** Outra lógica. Então eu acho que é outra lógica. No caso do exame preventivo... exame ginecológico, tem a questão de fazer o exame ginecológico. Tem outras questões associadas, tá certo! E isso complica. Então, é... o processo de chamar ativamente como até na Dinamarca aconteceu quando suspenderam as cartas. Acaba sendo recall... recall, como as pessoas chamam. Tem chamar e rechamar. Mesmo Canadá, esses países, tem gente que não quer fazer. E hoje se estuda muito os aspectos culturais, para como lidar culturalmente com isso daí. Tá. As campanhas são poucas, mas de qualquer forma... aí ele propõem fazer campanha em 98. Marketing na mulher, parte como estratégia nacional e abrangente. O programa é uma segunda campanha para 2001, até por que dá o intervalo de 3 anos. Tem críticas na campanha de 98, etc. Tudo que é campanha. Igual Pinotti quando quis fazer papanicolau com a vacinação SABIN. Sobra um monte de casos alterados que não sabe o que vai fazer com isso. A operacionalidade disso é muito complexa. Mas, o número de exames



colhido é muito significativo. Em 2001 era para repetir. Não deu para fazer em 2001. Fizeram a segunda campanha em 2002. Também teve um número expressivo, só foi... e ela já começou numa faixa etária mais abrangente. Só que ela já foi muito menos eficiente que a de 98, para captar mulheres no grupo de maior risco. Então, aí foi assim, predominou claramente que não era um dado super controlado. Duas hipótese para explicar. Uma, que ela já começou de início, com um espectro abrangente de idade. Segundo, talvez não tivesse menos mulheres não controladas. Tó certo? Acho que são as duas coisas. Mas, o perfil da primeira campanha, de quem fez controle, e o perfil da segunda campanha é diferente. Aí de lá para cá não teve mais. Mas, a estratégia é já que eu não consigo chamar a mulher de 33 anos, vou fazer um outro mecanismo ativo. Fazer campanha. Criar um movimento, mas assim, tem essas limitações. Quem é que atende. Dificuldade para chamar. E nós já fizemos aqui em Campinas também uma campanha com 16 Centros de Saúde, no final de semana. Você quer priorizar quem não faz, mas não adianta. E... vem quem faz. Ou vem alguém que está com corrimento e aproveita a oportunidade para falar do corrimento. A mulher que tá com sangramento... no momento em que as pessoas. Então não é muito eficiente isso.

**Luiz Antonio: Mas, em mama São Paulo faz. Não tem aquela coisa do...**

**Zeferino:** Faz mutirão. Mutirão, tá. Hora, mutirão, acho uma coisa paliativa. Não vou concretizar um sistema baseado em mutirão. É uma coisa que se acumula. Quando há necessidade de exame, faz o mutirão, e põe em dia isso. Depois encaminha. Então, acaba funcionando mais ou menos como programa, por que faz um número muito grande de... detecta um monte de exames. E o Estado de São Paulo tem garantido, e... e... resolução dos casos que tem exames alterados. E paga separado... em separado esse serviço. Então é ineficiente. É ineficiente. Agora, ou se sistematiza isso, para ser essa forma de rastreamento. Eu acho que faz sentido, tá. Ou... agora, isto é oportunístico. A mesma história. Quem é que vai fazer? E a mulher de risco? Então nós temos um padrão que mistura, hoje ainda, um padrão de doenças avançadas com padrão de doença inicial. Quando você vem aqui, veja aqui, olha isso aqui Esse aqui. Deixa eu pegar um... Mulheres com citologia anterior. 68 quando Pinotti começou. 84 como nós a olhamos. Então, quando... Em 68 você tem tumores 3 e 4, tá certo? E com o papanicolau você predomina a lesão propulsora, mas tem algum invasor. Essa é uma mudança significativa que acontece dentro da distribuição. Então, caso da mama, igualmente com essas aí. Ela também está no oportunístico, para ganhar eficiência, eu preciso ter registrado as pessoas, chamar periodicamente, acompanhar nesse sistema. Então, o mutirão é uma ação como a campanha de 98 do Serra. Você faz a ação,

atende quem vem, mas eu não sei... Eu não tenho o controle de quantas pessoas estão totalmente fora de disso. Então o que acontece? O que eu ia falar? Você tem hoje, no geral, a mistura dos dois padrões... Hoje se tem um padrão de lesão propulsora e um padrão de mulheres com doença avançada.

**Luiz Antonio: Que são pegas?**

**Zeferino:** Nem para um, nem pro outro. Tá certo? É muito evidente isso.

**Luiz Antonio: Que são pessoas que não estão vindo nessas campanhas, e não... não...**

**Zeferino:** E compara papanicolau... tem que... tem que pegar.. agora... eu já até escrevi sobre isso. A gente acabou de publicar um trabalho agora no Caderno de Saúde Pública sobre o papanicolau no programa de saúde da família.

**Luiz Antonio: Agora... já saiu?**

**Zeferino:** 2010... Acho que é 2010. A gente partia do principio que é o seguinte, o agente comunitário pode fazer isso que o *call recall* faz. Bate na porta das mulheres, que tem a população descrita. Certo? Vai lá e traz. Então, nós analisamos vários anos seguidos e... em Ambari quase não aconteceu isso.

**Luiz Antonio: Quase não aconteceu deles faz...?**

**Zeferino:** Deles faz esse papel. Então, tá repedindo o modelo... estendeu um pouquinho mais os detalhes de risco, de dar o mal...em todas as melhorias. Mas tá, longe de ter uma boa esquematização. Então, nós vamos propor aí em algum momento, se eles querem fazer uma capacitação dos agentes comunitários, e dos médicos, por que os médicos são muito importantes, para promover um ordenamento do rastreamento e deixar os agentes comunitários como um elemento ativo, já que não tenho sistema de informação, não tenho carta, não tenho nada que dê conta disso. Eu acredito que se adotar isso o resultado é fantástico. O Davi Capistrano, não sei se você já ouviu falar dele?

**Luiz Antonio: Já. Mas como sanitarista.**

**Zeferino:** Isso. Ele coordenou a implantação... Ele é um grande defensor do saúde da família, e ele coordenou esse programa, como grandes pessoas que orientou o Serra para essas ações por saúde da família e teve uma importância muito grande nisso, por que ele era o que ficava no Serra falando, e o Serra ouvia muito ele. Então o Serra deu um grande impulso no saúde da família. Mas é o Davi Capistrano que foi o grande agente desse processo. Começou com... Adib Jatene em 94, também tem uma visão

fantástica, quando era ministro do Collor em 94. E depois o Serra como ministro... e o Davi Capistrano numa região ali de São Paulo, na região ali de Sapopema, Vila Prudente, onde começou a implantar a saúde da mulher, nunca publicou, mas eu assisti a apresentação do Davi, e aquele impacto no rastreamento de câncer foi fantástico. Pelos agentes comunitários. Um mês de cobertura fantástico. Ante a fase pré-saúde da família e a fase pós. Eu até escrevi já, um tempo atrás sobre isso, apostando que o programa de saúde da família, desde que capacitado, e eu concluo esse artigo colocando isso. Precisa investir na capacitação dos agentes comunitários, por que eles podem qualificar sim, o faturamento, o rastreamento do câncer do colo uterino. Independente dos problemas com o sistema.

**Luiz Antonio: Doutor tem outro aspecto que me interessa bastante, em relação a câncer de colo, que diz respeito aos citotécnicos. Tem uma grande discussão, sobre formação do citotécnico, a relação deles com os médicos, com os biólogos e... os biomédicos, e hoje em dia lá o INCA cada vez mais se discute também a... a transformação da profissão regulamentada. Como o senhor vê essa coisa mais geral do citotécnico?**

**Zeferino:** Isso é simples. Não tem... Não tem para mim não tem confusão nenhuma. Eu até já fui ameaçado pelos médicos citologistas, de denunciam no CRM. Lugar... e discutir o ato médico de profissionais domésticos. Tem um congresso que fui convidado tá lá, e me falaram se eu fosse seria denunciado no CRM. Isso já aconteceu comigo também. E, na prática isso é muito simples, o citologista que descobriu o citotécnico, quando houve aquela grande expansão nos anos 80, talvez se tinha quem acompanhou esse processo, e aí eles não tinham mão de obra para tocar os papanicolau, e aí eles trouxeram citotécnicos formados pelo setor público, pela Fundação Oncocentro de São Paulo, pelas Pioneira Sociais e outros laboratórios privados. Para ser citotécnico no laboratório do citopatologista tem, obviamente o citopatologista como responsável final por tudo que está acontecendo ali. Ok? Mas, a maioria dos exames os citotécnicos emitiam o laudo e passava para o citopatologista. Tecnicamente o citopatologista deve revisar todos os exames considerados suspeitos pelo citotécnico, e ele deveria pegar uma amostra do negativo e revisar. E, isso é normal. Sabe... Isso não... É assim que tem que ser. Então, desde o final dos anos 80, com o grande crescimento do setor privado, o citopatologista foi procurar o citotécnico. Que é essa denominação. A questão surge quando os farmacêuticos e os biomédicos também se posicionam que também podem dar laudo em citologia. Sem a supervisão do citopatologista. E aí vira disputa de mercado. Uma mera disputa de mercado. Então tem, aquela lei lá do médico... Com uma demonstração toda, que tal

forma, que de certa forma garantiu... deu uma garantia que os farmacêuticos continuaram dando diagnóstico citológico. Fizeram um certo entendimento aí. Mas, então... Citotécnico não tem nenhuma crise. Crise tem quando tem o laboratório do farmacêutico ou do biomédico concorrendo com o laboratório de citopatologia instalado no mercado. Então você vai encontrar lugares em que tem laboratórios farmacêuticos lendo papanicolau... E com boa qualidade. Indiscutivelmente de boa qualidade. Lugares que tem laboratórios também com esses profissionais que não são... Laboratórios que não são de boa qualidade. E igualmente possível, patologistas. Tem lugares que...

#### **Luiz Antonio: Quem dá a qualidade do papanicolau é o INCA?**

**Zeferino:** A tese de doutorado da Tânia Lago mostrou que na região Norte e Nordeste a qualidade do exame é muito ruim. São dados de 2002. Por outro lado, aqui na região Sul, Sudeste até o estado do Paraná, que tem o programa de qualidade por vários anos, então não dá para comparar. Então, evidentemente que em alguns estados, investiram muito na qualidade do exame citológico, e... Tem um programa estadual de controle de qualidade, eu acho que isso diferencia. Diferente do lugar que você não tem controle de qualidade. Dá evidência que tinha lugares aí que nem se viam isso aí. Então a campanha de 98, no estado do Acre, praticamente não teve os exames alterados. Nós sabemos... eu também tenho uns estudos da população da Amazônia que teve no Acre, que a taxa dos exames alterados era altíssimo... Altíssimo na região que era do sul. Então, quer dizer, se levasse a campanha num estado, e praticamente (*inaudível*), se você olhar o mapa, olha no mapa do Brasil e vê a distribuição da incidência de câncer do colo do útero. Você vê que Acre está lá em baixo. Absolutamente não confiável. Bom, todos esses dados não são confiável. Você tem Amazonas muito colorido naquela cor... E o Acre muito baixo, não é verdade. Então quer dizer, aí é indiscutivelmente má qualidade do exame citológico. Então aí, também não adianta você fazer. Uma outra perda imensa, posso falar um pouco das qualidades. Eu participei na semana passa de um Workshop, em São Rota, um Workshop Internacional sobre HPV, e nós falamos sobre a introdução do teste de HPV no rastreamento. Então participei de uma mesa que tinha um mexicano, canadense do Canadá, e outra, porque existe canadense brasileiro, mas ele está lá do Canadá desde os anos 80.

#### **Luiz Antonio: Desculpe meu desconhecimento. Introdução do teste HPV no rastreamento?**

**Zeferino:** É, substituindo o papanicolau. Isso... Isso é uma discussão fortíssima no mundo. Já que as lesões são causadas pelo HPV...

**Luiz Antonio:** **Se atesta logo o HPV mesmo sem saber se existe a lesão.**

**Zeferino:** Não. Você testa o HPV, se tem HPV você vai fazendo outras coisas. Tá certo?

**Luiz Antonio:** **Ele é mais barato que o...**

**Zeferino:** Não. Tem outras características, e é isso que nós discutimos. Tem outras características. Tem vários lugares aí, que tá culpando o exame. Agora, está claro o que eu falei lá. O México implantou o teste o HPV num programa oportunístico. Eles não tem um programa organizado. Então, te contei o conceito de programa organizado e oportunismo?

**Luiz Antonio:** **Sim.**

**Zeferino:** Uma zona. Falta de descaso. E eu falei para... lá, que eu acho inadmissível discutir a introdução do teste HPV num modelo oportunístico. Todo mundo defende o teste HPV fala, se o teste for negativo posso fazer o controle depois de 5 anos. É verdade. Com segurança, é verdade. Quem é que tá conseguindo controlar os intervalos do período dos exames? Ninguém controla isso. Então, não faz sentido você reproduzir esse teste num cenário que as pessoas só fazem exame quando vão num serviço, não tem controle disso, então não faz sentido. Eu me posiciono fortemente em relação a isso. E uma coisa muito séria aí. Vou fazer uma pergunta para você, vê se você consegue explorar isso. Das mulheres que tem o papanicolau alterado com lesões importante, vamos colocar lesão de alto grau. Quantas você acha que têm o diagnóstico estabelecido em São Paulo?

**Luiz Antonio:** **Isso deve ser um grande problema.**

**Zeferino:** Um mega problema. Isso diminui brutalmente a eficiência disso. Eu levantei esses dados em Campinas. Que tem queda de mortalidade, câncer uterino comprovado. Mas, mostra tremendas fragilidades no programa de rastreamento.

**Luiz Antonio:** **Imagina em outros lugares.**

**Zeferino:** Então, eu vou te mostrar os dados. Peguei uma ficha única de Campinas, pobre, do hemisfério. Levantando todos os anos alterados, no de 2003. 64 com alterações importantes. Papanicolau. Nós vamos sabe o que aconteceu com essas mulheres. 58% não teve a lesão... Não teve a princípio a lesão fatal. 58%. Por que é o seguinte, o Centro de Saúde manda para fazer colposcopia, e aí tem uma grande

perda. Quem falou que a mulher chegou? Aí marca um retorno. Quem falou que vem? Aí a mulher por qualquer dificuldade, ela não pode ir, como é que faz para desmarcar a consulta? Que caus. Um caus. Então, isso também tem dados de Campinas. Então, o sistema tem isso... tem Campinas. Então, se joga isso para qualquer outra região. Aí o pessoal... a no meu serviço não acontece isso! Conta? Mede? Prove? Depois agente conversa. Num vem falar que eu acho que não faz. Não vem com essa conversa. Eu acho que tem serviços, eu conheço o D'Jaor a Lenira que pega o exame de papanicolau e manda a policia buscar a mulher.

**Luiz Antonio: Jaor é citado. Toda entrevista que eu faço D'Jaor é citado.**

**Zeferino:** Tem uma pessoa chamada Lenira. Eu vou estar num evento de colposcopia semana que vem, vou estar participando com ela, etc... Mas é Lenira que se encarrega de fazer isso. Entendeu! Então, aí tudo bem. Não existe uma Lenira em todos os lugares. Então fica uma coisa pessoal, entendeu! Tira a Lenira, sabe o que acontece nisso? Vai morrendo. Vai morrendo. Então, o sistema... ele não faz isso. Então, Pinotti começou o programa com iniciativa pessoal dele, o Sampaio Goes, o Arthur Campos da Paz. Perfeito. Seguidos de modelos. Os três seguidos de modelos. Os três contribuíram. Agora, a estabilidade é o sistema se apropriar disto, se incluir como uma ação... permanente. E não ser pessoa dependente. Pode ter ministro dependente, coordenador dependente, não sei o que dependente. Lógico que tem uma influencia. Mas... É vulnerável, então o que a Lenira faz... Ela tem que trabalhar no sentido que isso dê garantia. Você vai em Barretos, tem lá o Edmundo que inventou uma mesa ginecológica portátil, saí fazendo papanicolau por aí. Se você for lá agora, tem umas unidades moveis para fazer mamografia e papanicolau. Uns ônibus fantásticos. Mais de um até. Acho que é até modelo... copiou lá daquela Inglaterra... lá dá!! Mas assim, ele vem falar comigo, vai lá no INCA para fazer pesquisa. Agora tá testando usar HPV no rastreamento primário. Teste de HPV. O futuro não está em unidade móvel para colo do útero. Pode esquecer. Isso tem uma rotina da unidade básica de saúde. Hora, a mamografia com o equipamento mais complexo, que a unidade de saúde não terá, você pode até pegar uma unidade móvel e falar: “-A unidade vai estar em..durante 15 dias” . Então lá as mulheres de 50 a 70 anos, que não fizeram e fizeram mamografia no último ano, poderão fazer. O problema do rastreamento mamográfico em vários países europeus, inclusive Inglaterra, usam muito unidades moveis. E que usam, usam... Mas assim, só que isso é coordenado pelo sistema. Tem um... as pessoas tem cadastro, e o sistema sabe quem está precisando fazer. Então quando a unidade vai, e eles convocam. “Olha, vai ter. Está agendado tal dia”. E assim por diante. Por que não é um recurso tão disponível. Agora, tem lugares que não precisam disto. Tem

mamógrafo suficiente. Até nos temos uma grande rede de mamografia, não é pequena a nossa rede. Nossa rede é grande. Mais ela não é muito utilizada, ela é ociosa. Tem programas de qualidade, obviamente. Então é isso. Se estava falando da vacina, . Se falou alguma coisa da vacina.

**Luiz Antonio: É. Vacina é uma questão INCA, que discute muito a vacina.**

**Zeferino:** Eu acho que é assim. Eu acho que... a essas região do Brasil, que a gente não tem hoje... Ainda hoje no rastreamento, e... Eficiente. Eu acho que elas têm prioridade para receber a vacina. Por que, se até hoje não implantaram rastreamento eficiente, saí do cenário topa... A ter um... Toda essa rede de cuidados que se tem.

**Luiz Antonio: Não passa muito bem...**

**Zeferino:** Eu não acredito muito nisso não. Estou sendo bem sincero para você. A vacina você, pelo menos, vai lá e faz. Fica uma estratégia específica. A vacina tem dificuldades operacionais. O pessoal vai com o custo... O custo subestimado. Tem perdas. Se vacinar... Qualquer problema... Qualquer problema de refrigeração, tem que jogar fora. Se você ignorar e se aplicar, ela vai fazer menos efeito. Quer dizer, a eficácia da vacina é medida em condições ótimas. Eficácia sempre é em condições ótimas. No dia a dia você... com eficácia significa o seguinte: tomando todos os cuidados, desde onde guarda a oficina de produção, de validade, a mulher tomando direitinho na data certa ela pode atingir este mínimo de eficácia. Se qualquer um desses parâmetros não forem adequadamente seguidos, não se garante que se atinja o nível de eficácia. É obvio isso. Eficácia, a palavra eficácia sempre vai significar...O melhor desempenho. O exame de eficácia... Vamos dizer lá... Uma fila. Só um tem o nível de eficácia, e o resto nunca esqueceu de tomar uma pílula. Só que a mulher esquece. Então, no estudo da eficácia... aquela diz: “puxa, naquele dia era para tomar e eu não tomei, pós no outro dia eu tomei duas”. Tá fora do estudo! Por quê? Você só avalia o ótimo e não o real. Então, o curso da eficácia não ocorre em ambientes reais. Ocorre em ambientes utilizáveis, ideais, não corresponde ao real. Isso é superimportante para eles... Como os dados. A vacina é em ambientes idealizados, que é otimizado. Agora, tem que ter competência para trabalhar para o próximo mês, por que a questão eficácia está na vacina da SEIBIN, tá em todas as vacinas. Agora mais... tem vacinas que dão muito trabalho, por que elas são muito vulneráveis, voláteis, etc. Tem validade curta. HPV não é das mais difíceis, mas tem exigências.

**Luiz Antonio: Você defende a aplicação em regiões?**

**Zeferino:** Agora é interessante... Primeiro tem que abaixar muito. Não no preço que está no setor privado. Agora, evidentemente eu acredito que numa negociação de governo, você pode trazer isso a um custo muito mais barato. Eu imagino... aí que eu estou falando que estou imaginando, que os laboratórios não fizeram essa vacina agora, não lançaram, para pegar o setor público. Eles estão trabalhando numa faixa de custo mais alto para pegar o setor privado, ter uma, supostamente um bom retorno de todos os investimentos que eles fizeram para o desenvolvimento da vacina. Eu acho que de maneira geral, a discussão e implementação no setor público, de maneira mais abrangente, tá num segundo momento. Com um nível de base de custo unitário muito menor. Por que se eles já começarem com o custo unitário de \$ 20,00 (vinte dólares), quem é que vai pagar \$ 200,00 (duzentos dólares), \$ 120,00 (cento e vinte dólares), \$ 150,00 (cento e cinquenta dólares) no privado? Minha filha tomou vacina para gripe no Centro de Saúde. Tá certo! Então o que acontece, ele quebra o mercado privado se fizer isso. Mas, agora, por exemplo, no... o teste de HPV, aqui no Brasil, R\$ 250,00 (duzentos e cinquenta reais) - \$ 120,00 (cento e vinte dólares). Sabe quanto foi vendido para o México? \$ 8,00 (oito dólares).

**Luiz Antonio: Nossa!**

**Zeferino:** O México tem vantagem. Qual é a crítica que eu faço? Eles implantando o teste de HPV no modelo oportunístico. Sem controle de periodicidade. Uma bagunça. Mas do ponto de vista de custo, quer dizer, totalmente diferente do custo praticado no setor privado. Coloca \$ 8,00 (oito dólares) lá. \$ 8,00 (oito dólares), eu acho que aí vai outra coisa. Se nós conseguíssemos um bom lugar que eu tenho um Programa de Saúde da Família, que eu tenho agentes comunitários treinados... Como iniciar o rastreamento do câncer do colo uterino? Esquece citologia, vai direto para o teste de HPV, sendo ele \$ 8,00 (oito dólares) o teste. O teste de HPV é uma maquininha que coloca no lugar, treina dois técnicos, dado objetivo, não tem dê-s-objetividade. Tá certo! Não depende de ficar aquela parafernália toda em laboratório, treinar, capacitar etc.

**Luiz Antonio: Como funciona esse teste de HPV, ele... ?**

**Zeferino:** Detecta só em HPV não, só tem que, funciona a partir de... Funciona bem a partir dos 30 anos de idade, antes disso é besteira. Mas ele vai achar as mulheres com teste de HPV. Hoje, que se preconiza a que está mais atual. Estamos começando a defender isso. Isso é muito atual.

**Luiz Antonio: Mas, é como o papanicolau?**



**Zeferino:** É. Se cole do colo útero, mas tem também uma técnica que a mulher pode colher. Ela pode se auto colher. Então, acho que aí em Barretos estão testando a auto-colheita. Também tem vários lugares testando. E funciona razoavelmente bem. Certo! Não é ruim. Então, tipo assim... auto colher também é uma alternativa para ele. Aí você vai lá... “-Tem teste de HPV?” Que é muito atual. Aí, essas mulheres de 30 anos, mais em específico, essas é que fazem citologia. Aí podemos discutir qualidade. Mas é um grupo muito reduzido. E aí vai para colposcopia, vai por que é necessário. Então, pessoalmente eu não acredito que algum dia nós vamos ter rastreamento citológico eficiente nos lugares que até hoje, minimamente, nós não temos o básico. Se reduzir tremendamente custo do teste de HPV, eu começaria com o teste de HPV, e seria hoje citologia. Falo isso em qualquer local. Falei isso nesse evento internacional. E... e a vacinação ela vem proporcional. Quem não tem condição nenhuma, vai fazer alguma coisa?! Você pega o lugar que tem bom rastreamento citológico, tem PAC. Se vai fazer vacina, se vai agregar muito pouco resultado a eles.

**Luiz Antonio: Muito custo...**

**Zeferino:** Agora, é pouco provável que politicamente se viabiliza a vacina para um lugar pobre e de forma gratuita. Isso é outro problema. Minha análise é... Uma análise assim... Estratégia de priorização. Mas, provavelmente é quem estiver gerenciando isso tem que se virar. Essa é a minha posição sobre vacina, essa é minha posição sobre teste de HPV e esse é meu entendimento sobre o câncer do colo do útero e rastreamento citológico.

**Luiz Antonio: Doutor, o senhor falou que teria até 10h e eu estou preocupado com o seu horário.**

**Zeferino:** Eu tenho uma reunião às 10h.

**Luiz Antonio: Isso. Mas eu quero lhe fazer duas... Na verdade uma pergunta é um pedido. Uma pergunta geral. Eu comecei com esse trabalho a um... 10 meses, com essa pesquisadora francesa, e uma coisa que ela me dizia todo o tempo e que eu fiquei muito curioso e essa sua entrevista está me dizendo muito sobre isso. Que você pega aquele mapa do INCA de prevalência de doenças... O que quê vai contagiar... Como é que essas vão acontecer...**

**Zeferino:** Não tem problema nenhum. **(interrupção – oferece salvar algo em pendrive)**

**Luiz Antonio: Uma coisa que estava evidente, localidades muito parecidas tinham taxas muito diferenciadas. Por exemplo, Porto Alegre a taxa de incidência de colo é**

**gigante. Rio de Janeiro é muito maior que São Paulo. E a gente ficava se perguntando assim: “Tem diferença populacional, tem diferença de pobreza”.**

**Zeferino:** Vou dá duas coisas para você fazer muito uso reservado disso. Tá bom? São coisas para mim preciosas. Minha aula de um concurso de professor titular. Que eu tive oportunidade de colocar essa aula. Tá? E aí vou... até trouxe, já está encerrando... deixa eu te passar algumas coisas. Vou te dá a minha apresentação, deste evento agora em São Paulo. Só que está em inglês. Deixa eu achar aqui. Acho que a versão final está aqui. Que eu... Exatamente aqui. Então isso é super novo. Isso aqui. Então, isso foi da semana passada, num evento internacional, um mexicano e um canadense. Então, o título foi: Workshop Ofinition .... 25 a 27 de abril, (*inaudível*) A minha apresentação... Aí eu falo das grandes vantagens do teste de HPV que é indiscutível... Nas grandes cidades fazem um síntese muito rápida sobre isso. Mostram o estudo da... Uma vez... E é fantástica a conclusão... Numa mega revista Lance... Que colocou: Implementação do teste de HPV.... Que na verdade pesquisa o DNA do HPV, num rastreamento do câncer também levam a uma detecção mais precoce das lesões importantes. E é verdade. Fantástico isso. Citologia vai detectar depois que o teste detecta hoje. Como você detecta precocemente essa lesão, você permite então criar um intervalo entre os controles. Ponto. Ponto! Algumas questões... Aí mostram de onde é que vem essa conclusão. Aí eu explico essa cor... o problema do teste de HPV, que na mulher jovem de 15 a 25... tá lotado de teste de HPV... Então eu vou ter um teste positivo sem lesão. Isso to contando lesão muito importante. Quando é que começa a ficar eficiente? Tá certo! Que besteira. Aqui é ruim o negocio... Então vamos fazer o teste de PHV é jogar o dinheiro fora. Então não faça! Nem aqui e nem em lugar nenhum do mundo. Tá. Aí eu comparo então... no Brasil os custos. Então, o sistema público de saúde, a citologia, colposcopia, sistema privado... Aí o tal teste de HPV vai se embora... 100... 120... Isso o seguro pagando.... E as pessoas do seu bolsa chegam a pagar até \$ 242,00 (duzentos e quarenta e dois dólares), esse é o valor nos Estados Unidos. Então a citologia no Brasil é muito barata e a colposcopia também é muito barata. Então, para você substituir esses dois exames por esse mais caro é complicado até no privado. Porque o privado vai está colocando muito mais dinheiro, Tá. A gente não tem preço disso num setor privado. Isso que eu penso. Aí eu falo as vantagens do teste de HPV e as desvantagens. Agora as características do rastreamento no Brasil. Aí eu falo da estruturação dele,... Em *screening*, e dos novos tratamentos. Aí que a mulher precisa saber o resultado do seu teste, para ter acesso ao colposcopia quem tem exame alterado e a pessoa está precisando se tratar... tá. Faz um estudo nosso. 79% das mulheres vão fazer pânico por outras razões e quem toma iniciativa de colher é os profissionais de saúde, não a mulher que pede. Tá! Tá, ele é oportunismo o

screening. Concentra-se em mulheres jovens. Tá um pouco... em 91, em 2003 tá um pouco melhor. Mas, concentra-se em mulheres jovens, e muito jovens. E as lesões mais graves, nota aqui, veja você... elas estão aqui, . Tive que fazer um exame de papanicolau, que depois aumenta aos 30. Então, um monte de papanicolau alterado aqui, mas tudo com porcaria. Então, um pouquinho de coisas importantes. Mas, indiscutivelmente, aqui é o foco. Indiscutivelmente. Tá! E eu fico fazendo... controlando. Veja, a hora que chegou 30, tá. As pessoas estão indo menos. Tá! Então o que que eu falo, se tá pegando a mulher, tá fora já, se fica pegando isso aqui. Isso é oportunístico. Outra coisa, intervalo. Quem faz papanicolau, faz em ano em ano. E o resto não está fazendo. Então ficou... tem pessoas super controladas. Mas eu não consigo chamar essas pessoas, por que o sistema não permite. Então, tem o screening oportunístico. Aí, eu mostro esse estudo aqui que eu fiz aqui em 2003, que em Campinas, em 2003 fiz 54.000 papanicolau. Se eu pegar as recomendações do SUS, 63 % foi em excesso. Por que faz todo ano, por que faz mulher fora da faixa etária, etc... etc... oportunístico. A questão da qualidade da assistência. Aí eu falo que peguei essa região de Campinas, pequei 64 exames operados com o diagnóstico importante no laboratório. E aí sim, mulheres com exames alterados? 64. Mulheres que ficaram sabendo do resultado? 53. Mulheres que foram encaminhadas para fazer colposcopia. Então ela mudou de serviço. Mulheres que tiveram diagnóstico estabelecido e Mulheres que tiveram a lesão tratada. Isso em Campinas em 2003.

### **Luiz Antonio: 42!**

**Zeferino:** Isso em Campinas em 2003, tá. Estão as perdas. Qualidade é aquilo que eu te falei. Essa é a tese da Tânia Lago. Então, você tem na região sul e sudeste um padrão esperado da lesão. A lesão percussora importante é a verde. Tá certo? Então, quando eu faço rastreamento na mulher jovem, eu pego muito cor de rosa, lesão de baixo grau. Dá muito papanicolau alterado, mas não tem impacto na redução da mortalidade. O que tem impacto na redução da mortalidade é a linha verde. E é esse que é mais ou menos o padrão das lesões. Veja na região norte e nordeste essas curvas. São tudo em laboratório. É a região inteira. É a somatório de dados. Se tem... Isso não tem a menor... isso aqui não tem a menor relação com a história natural das doenças. Essa curva aqui, ela tem que cair. Não existe isso da curva ficar alta. E aqui mostra que oscila. Olha aqui. Então as pessoas têm dificuldades de fazer diagnóstico. É um padrão... Isso é de... Na verdade... dados de 2001, tá! A mortalidade no Brasil não aumenta... Não diminui, tá! Aquele negócio que eu te falei, ! Aqui ele tem uma diferença... Uma discrepância grande. Os dados oficiais do Ministério é 5 mortes por 100.000. O IARC para 2002 dá... 10,2 então é o dobro do Brasil, os dados do Ministério.

**Luiz Antonio: O IARC. O que é o IARC?**

**Zeferino:** É da Organização Mundial de Saúde. Tá certo! Ficam em... fica em Lion. Mas esse...

**Luiz Antonio: O dobro?**

**Zeferino:** O dobro. Só que é metodologia diferente. O que quê é mais real? Essa aqui provavelmente. E aquilo que eu te falei. Então... Ver onde a incidência é baixa... Isso aqui, ! Aumentando a incidência. Então, o vermelho e o marrom predominam na África... Aqui de baixo e aqui... E o Haiti esse vermelho. Olha a região do Saara que eu te falei... Olha os países Árabes... Tá tudo aqui.

**Luiz Antonio: Os países Árabes são...**

**Zeferino:** Tudo aqui. Entendeu? A mesma cor em quase toda a Europa. Portugal tá fora. A Dinamarca tá fora. E... Gramb... aqui é... que quê é isso aqui?

**Luiz Antonio: Onde o vulcão explodiu?**

**Zeferino:** Islândia... Mas acho que a Islândia... Não sei se, acho que é aqui. É aqui sim. Mas você percebe? Olha os países Árabes? Isso aqui é Índia. Índia não... Índia é outra conversa. A Índia é outra conversa. Austrália. Então você veja que o cenário é um pouco... é, não é só pobreza que está no meio. Tá ok? Esse dado 60 no... vbritish columbiaocê entra nesse site.. Você pega... Você monta isso como você quiser. Aí eu falo dos requerimentos. Então, falo seguinte: Se você começar o teste de HPV com mais de 30 anos, você tem uma boa performance. Se você começar com 25, você diminui a performance. Aí eu parto da questão de custo e objetividade. Quer dizer, para você ter custo e efetividade no teste de HPV, você... o que quê o pessoal preconiza? Periodicidade pré-estabelecida. Isso varia até... no custo. Como é que nós vamos fazer isso aqui, se eu não controle periodicidade? Tá. Aqui que eu te falei. São dado... aqui tem a referência. O como era a incidência na Inglaterra até 1988. Aí, eles implementaram o *Call the Recall System*.

**Luiz Antonio: Caramba, impressionante.**

**Zeferino:** É brutal. Então eles trabalhavam com a cobertura de 40% e a incidência 15. Aí, o que quê eles fazem? Trazem para fazer controle. Se uma mulher for mudar para a Inglaterra... vai lá no seu médico de família. Claro que geral. Ela vai receber uma carta para fazer exame de papanicolau. Enquanto ela não responder, por isso que é Recall.. Se ela não falar: "Eu já fiz no Brasil, no ano passado". Eles vão dar sossego para você. Você vai fazer. Então o que quê eles fazer com a cobertura? Isso aqui. Olha o que quê

aconteceu na incidência. Isto aconteceu no final do ano passado. Coisa que não dá para fazer no Brasil. Poderia fazer com programa com os agentes comunitários. Isso tá publicado. Tá? E eu tenho dados também dá... e aí que faço algumas conclusões gerais. Aqui tem algumas coisas que eu não mostrei aí, nessa aula. Podia ter mostrado. Ah, o que quê é isso aqui? Deixa eu ver o que quê é isso.... Ah, dá Amazônia, aquele estudo nosso, ! Mostra a quantidade de coisas que existem lá, de lesão no Acre, é brutal! Que não tem nada haver com o mapa brasileiro. Tá. Isso deve estar aqui. Aí , esse estudo aqui. Tá vendo? Se você levantar esse estudo, tem aqueles dados lá. Foi publicado... São Paulo... 2007.

A lesão propulsora importante é cor-de-rosa e ela aumenta com a idade. Então eu tenho correr esta... que esta é que vai evoluir para esta, que é o câncer invasor que é quem mata. Isso aqui vai produzindo espontaneamente. Agora, se eu fizer papanicolau dá um monte de exames alterados, mas nesta lesão. E essas eram mulheres que estavam fazendo o exame pela primeira vez. Então tem tratamento para elas. Isso é estória natural da lesão. Então, 44.000 mulheres. Ah, isso aqui é só mostrando um pouco... A distribuição na nossa população. A distribuição do produto. Eu bolei alguns slides, que não cheguei a mostrar. Nessa apresentação eu deixei uns slides prontos para as pessoas entenderem economicamente cada uma das regiões brasileiras. Então... esse é aquela linha atual, que você tem naquele livro, até aqui. Hoje... deixa eu ver... ela estabilizou aqui. Aquele que está no livrinho, lá. Olha o Acre... se acha que num... que aqui na Bahia tem isso de mortalidade? Se isso for verdade. Não é prioridade investir em prevenção de câncer. Não é prioridade, se esses aqui forem verdade!

**Luiz Antonio: Então o que você está me dizendo é que um dos principais problemas nesse tipo de mapa, e que esses dados estão completamente incorretos?**

**Zeferino:** Eu sou o Secretário da Saúde da Bahia. O Secretário da saúde do Rio Grande do Norte, a mortalidade está aqui... fala: “- , eu tenho com certeza... eu tenho problemas muito mais sérios na minha região”. Só que eu acho que não é verdade... tá certo? Esse é o problema. Então se eu pego o Ceará, que melhorou a qualidade da informação. Alá como ele ficou!

**Luiz Antonio: E essa informação...**

**Zeferino:** É do INCA. Tá tudo aqui, !

**Luiz Antonio: Ela é conseguida.... como? Através...**

**Zeferino:** Ah, pergunta lá no INCA. Tá. Mas esse é o dado. Entra no site...

**Luiz Antonio: É lá? constrói esses mapas.**

**Zeferino:** Isso é um absurdo! eu acho. Em termos de dados. Até por que essa heterogeneidade não é natural. As pessoas se misturam muito. Não é para ter essa diferença... tão gritante. È claramente um problema de informação de cada local. Não faz sentido ter essa diferença. Tá! Bom aí eu paro... total de estudos que nós temos para tentar melhorar a qualidade da citologia. Tá vendo? O problema dá... á... a não tem nem a potencia clinica das classificações morfológicas. O problema é de cada laboratório. Eu fiz o que? Nós temos investido muito. Estou colocado basicamente os trabalhos internacionais. Para melhorar a qualidade dos exames. Para falar o quê? Que é difícil para cassete manter exame citológico no Brasil. Aí você me compreende. Então, estou falando que agente tem experiência em investir nisso. E é super duro. Esses dados de cobertura no Brasil eu acho que estão furados, tá. Eu até faço uma análise... tipo assim na minha tese, que se São Luiz ou Vitória tem 92%, é de fazer inveja aos países da Escandinávia. Ponto... Acabou. É de fazer inveja aos países da Escandinávia! Então, o comentário que eu faço é que a Escandinávia está com inveja do Brasil. Agora tem um pessoal que está fazendo uma pesquisa interessante, agora recente, que defende como pergunta. Eles confundem exame ginecológico com exame preventivo as mulheres. Então tem um grupo aí que tá... tentando explorar essa... Então acho que muitas perguntas, de exames, as mulheres responderam: Fez exame ginecológico? Fiz. Fez exame preventivo?

**Luiz Antonio: Não sabe diferenciar.**

**Zeferino:** Então... Que essas Normas Mundiais, você vê que só a Alemanha, Luxemburgo vem fazendo isto. É isso que eu mostro. Então veja aqui você. Vitória 92%. Olha os Países... tá no nível da Finlândia! Fantástico!... Essa contraposição que eu faço. É um absurdo!... É um absurdo isso, tá! Então tá aí os dados. Tá tudo com referência citada. Então aí eu tenho mais uns dados que eu peguei, mas eu não cheguei a mostrar isso aqui. Algumas coisas aí, que eu nem cheguei a mostrar. Sutura. Isso e impacto vacina. Potência em impacto vacina. Avaliação... Aqueles gráficos atualizados... se se lembra aquele que tá lá? Então, tem... aquela 68... se que aqui eu tenho 2000, 2001 e 2002. É aquilo que eu te falei. Vou pegar 2001 e 2002. O que quê eu tenho aqui? Eu tenho um padrão de mulheres rastreadas que predomina lesão propulsora que é o zero, depois o um. Mas, eu tenho ainda um padrão de doença invasora. Então, isso aqui era para ter morrido! Então, ou seja, tem um grupo de mulheres que não estão fazendo rastreamento. Que é obvio! Se eu tenho um programa oportunístico as pessoas fazem rastreamento... fazem o seu rastreamento quando... quando... como fala? Quando vão ao médico. Tem as pessoas que não vão ao médico! Que essas

peças não atendem campanha. E depois vem com o câncer invasor! E não é pouco! Eu tenho ainda aqui, do total desses casos, 25 %. Com esse aqui se eu fosse colocar, isso com isso, eu diria que entre  $\frac{1}{4}$  e  $\frac{1}{3}$  do total. Lógico que aqui eu só considerarei as lesões propulsoras mais graves do que 3. Aquela curva mais... Que se eu colocar o resto, aí vira, ! Enfim. Eu só coloquei as mais graves. Tá! O estágio 1 ainda, como é assintomática, é invasor, mas é assintomática, eu pego muito pelo papanicolau. Então, esse grupo e esse grupo, tá certo? Uma parte desses, fazem parte das mulheres que fazem... Agora, ele começa a ficar sintomático na fase 2. E aqui são as mulheres que chegam e os sintomas são avançados. Então, o padrão nosso hoje é claramente isso! Tem um grupo de lesões propulsoras iniciais, que é esse grupo aqui, mais esse padrão de caso de mulheres que não estão fazendo. Que era esse aqui... Esse aqui era o padrão sem rastreamento. A diferença é que isso que tá zero aqui, eles incluíram todos os diagnósticos que não existiam. Diagnóstico de lesões propulsoras, aqui é mais restritivo que diagnóstico de lesão propulsora. Mas, você veja, 2, 3 e 4. Totalmente diferente, tá. Então, isso aqui não se resolve hoje, se sê não tiver uma ação ativa de buscar. A campanha em 98 tentou pegar esse grupo. Quando o Serra fez pegou 35... Mas esse grupo respondia... até respondeu, mas respondeu não muito claro. Em 2002, não respondeu. Não respondeu, porque ele foi muito abrangente, e até perdeu um pouco o foco de direcionar isso. Se você pegar os dados, se vai ver isso é evidente nos números que comparam a vacina. Esse é aquele trabalho nosso outra vez publicado, em 68 o oportunismo. Você vai (*inaudível*) *screening*. Sempre aos 30 anos, isso é uma norma geral. Fala da mortalidade aqui. Então tem umas coisas... Comparando o desempenho da citologia com o teste de HPV. Então, a sensibilidade ao teste de HPV é mais alto que a citologia. Só que ele é menos específico. E isso é o grande problema do teste de HPV. Aqui é aquele gráfico circular, do *call the recall*, só que era incidência... Incidência era aqui e caía aqui. A mortalidade era um padrão diferente. Ela cai aqui e estabiliza aqui. Essa queda aqui, ela é atribuída à melhoria no tratamento. E estabiliza aqui. Que a incidência continua alta. Se lembra do outro gráfico? Agora, a mortalidade volta a cair quando a cobertura sobe. Então eu... eu... aqui esgota o feito da melhoria do tratamento. E aqui adiciona o efeito de cobrir mais as mulheres. Tá! Então esse gráfico tá no mesmo artigo que aquele, só que na primeira eu mostrei... esse aqui estava fora da minha apresentação. Ele nem tá traduzido para o inglês. Então aqui é o programa oportunístico e aqui é o programa organizado. Esse é o recorte original do artigo do... do PDF do artigo. Tá ok. Então veja que a incidência vem e cai aqui. Mas a mortalidade faz isso... e faz isso, então essa queda aqui é atribuída a melhoria do tratamento.

**Luiz Antonio: Então a queda vem a partir da cobertura.**

**Zeferino:** Esse é aqueles dados. Vou te passar esse aqui por que ele é bem... Extrativa disso que... Isso que... Qual que o teu... Teu pendrive? Esse aqui

**Luiz Antonio: Deve ser. Esse aqui.**

**Zeferino:** Eu vou só salvar aqui a aula.

**Luiz Antonio: Essa sua aula foi... Foi a sua...**

**Zeferino:** Não. Essa não. Essa foi a aula que... na verdade aqui o seguinte, deixa eu colocar o negócio aqui para você. Estou dando mais. Eu tenho essa aula... eu participei dessa... Foram duas horas e meia de discussão. É... num evento internacional fechado, num Hotel Fazenda em São Paulo, que agora... Que foi esse aqui, ! Então a aula, aqui na verdade... Ela é esse evento aqui. Esse evento aqui. Que foi tudo em inglês, a língua oficial era inglês. Então, a minha apresentação ela foi até esses slides aqui que não tem nada. Aqui para cá era um slide que eu deixei guardado... A função de apontar ou não a aula, se eu ia incluir ou não. Então, sabe você monta... Você carrega um conjunto de slides, e na hora de você montar a aula, para ajustar com o tempo que você tem, então... então a rigor tudo isso aqui eu não mostrei. Tá ok? Mas está tudo relacionado. Tudo isso aqui que eu ponho, eu não mostrei. E a minha apresentação mesmo foi essa aqui. Aqui. Mas acho que ela aqui dá... Está ótimo para você entender um pouco de tudo isso que eu comentei. Acho que tem todos os principais aspectos que eu considero. Inclusive isso aqui é fantástico. Isso aqui. Essa coisa de que hoje nós temos claramente ainda, num... na região de Campinas que é uma região... Posso mostrar dados nossos aqui... Que ver como a mortalidade é nossa? Posso... Deixa eu ver se eu tenho aqui... Essa é uma... é uma apresentação que eu fiz num Congresso brasileiro... Uma conferência... Aqui... Nem me lembro muito bem, mas deixa correr... Comparando com o nível do Brasil... mostra aqui os dados... Ah, eu vou... Ah é interessante isso aqui. Ah, aqui... Olha aqui, eu comparo assim: A mortalidade em países Europeus... Veja só, eu faço isso aqui... em 2000. Ok? Leste Europeu, Norte Europeu, discriminado o Sul da Europa. E vou comparando com Estados Brasileiros ou regiões Brasileiras. Então, da região norte... agora Bahia, Ceará e Paraíba. Bom...

**Luiz Antonio: Mas, pelo que você está me dizendo...**

**Zeferino:** , a Região Centro-Oeste.

**Luiz Antonio: É um absurdo isso.**

**Zeferino:** , a Região Centro-Oeste. Olha a Região Sul. A Região Norte foi a que fez o maior número de taxa, menos o Acre. Tá? Que agora ele tá começando a aparecer os



números. Então, eu mostro esse lado... Bem, complicado. Tá? Então ne... nessa época o Sistema de Saúde está 11.2, agora 10.10. Quer dizer, abaixo. E a gente tem essa diferença tremenda, então entre os dados do Ministério os dados do...

**Luiz Antonio: A questão...**

**Zeferino:** Um outro exemplo... Ministério manipulou muito. Aí eu vou falando alguma coisa. Campinas tem uma queda significativa na mortalidade. Mas aqui os dados são com qualidade... Os dados são checados. Assim então... fala dessa coisa do rastreamento, dados da Organização Mundial de Saúde, que serviu de referência para nós. O componente mais importante do rastreamento é atingir alta cobertura. Se controlar menos no atendimento, para cobrir mais. Ou trabalhando em cima de disso... Mais normas em diferentes países. Quem tem programa organizado. Quem não tem... ainda hoje. Algum desses países não tem neles inteiro. Que não tem aqui, mais tem parcialmente. Mas no Canadá... não tem inteiro, mas tem 90% do Canadá que trabalha com o organizado. Mas não tem uma decisão governamental de ser... Tá? Essa é a Norma do Ministério da Saúde de 88. Eu participei dessa reunião. Quando é que a mulher procura o ginecologista? Por isso... Isso... Isso e isso. Ou seja, quando a mulher é jovem. Aí mostra os dados. Outro problema, eu estou pegando os dados registrados, que eu comparo hospital A com o Hospital B. Câncer do colo uterino. E elas sobrevivem. Então você veja que tem um problema com os hospitais que se trata câncer. Olha as sobrevividas desse com esse. Então esse aqui, é um hospital de qualidade inferior a esse aqui. Então, eu não estou nem revelando que hospital que é, mas... São dados publicados. E tem um problema sério.

**Luiz Antonio: Diferenças grandes.**

**Zeferino:** Tem um problema sério nesses hospitais.

**Luiz Antonio: Diferença de aumento... Diferença de aumento.**

**Zeferino:** É. Aí, esses dados, eu isso acho fantástico, . Aí eu estou... Alguns... alguns... Estruturação. Tá? Aqui deve ter dados de Campinas de mortalidade. Se é um outro estudo que nós fizemos. Se comparando umas coordenadas. Aquele dado lá... Mas enfim, eu posso passar essa aula para você. Para você ter um pouco de entendimento dessa questão, se isso te interessar?

**Luiz Antonio: Me interessa. Me interessa.**

**Zeferino:** Tá bom! Esse dado aqui...

**Luiz Antonio:** tem outra coisa que eu gostaria de falar, que é uma curiosidade minha. Vê se você pode me dar uma dica, tá. Tenho muito interesse em saber quem pode me informar se existe documentação, do passado, do Pinotti sobre o câncer de colo, sobre atuação dele ou se algum familiar dele possa... é... Possa ser acessível.

**Zeferino:** Eu procuraria o... Abimael Martins, que é irmão desse... Abimael Martins que é medico daqui.

**Luiz Antonio:** Daqui dá?

**Zeferino:** Abimael Martins que conviveu muito com ele. E o irmão dele Acir Martins, que trabalhou muito... na verdade ele sucedeu Abimael.

**Luiz Antonio:** Ele deve ter boas informações.

**Zeferino:** Eu tenho um artigo, que eu acho que não tá... Eu tenho que pegar no currículo. Cadê... Tem que ter a minha... Minha secretária aqui... É uma catástrofe se eu for mexer lá.

**Luiz Antonio:** Doutor, eu te agradeço...

**Zeferino:** Mas tem alguma coisa que eu acho que é super importante para você... É essa coisa do CRM. Quando o CRM... Vou te passar um texto também. Ele é uma parte do meu memorial... Onde eu conto um pouco a questão sobre a prevenção de câncer.

**Luiz Antonio:** Opa!

**Zeferino:** Tá! Como é que surgiu CAISM.

**Luiz Antonio:** Ah, isso para mim é fundamental.

**Zeferino:** Certo. Onde é que está isso? Vou recortar aqui o que interessaria para você.

**Luiz Antonio:** Esse memorial é... é...

**Zeferino:** É o meu memorial.

**Luiz Antonio:** O que você chama de memorial?

**Zeferino:** É um currículo que você vai explicando o que vai acontecendo. Não é só uma apresentação do... então você vai contando... além de você mostrar, se vai fazendo um relato da sua vida. Certo! Tá?... Então,... Então... na sequência tive experiências enriquecedoras de 13 meses de estágios no exterior. Foi o que eu te falei.

**Luiz Antonio:** Exatamente.

**Zeferino:** Então eu vou fazendo um histórico. Além do... aí eu... Quando foi coordenador do Centro... Introdução... Aí começa o... Ah, deixa eu ver. Então, lógico que tem todos os outros dados que estão no currículo, mas ele incorpora.

**Luiz Antonio: É para sua livre docência a elaboração desse...**

**Zeferino:** Não. Eu já sou professor titular, então eu já fiz livre docência e titular. Esse é o...é o último atualizado. Tá! Daqui a agente... Tá no contrato. Hoje em nível de dados universitários. Aqui . Acho que daqui para frente eu vou pegar específico, aqui. Que comece a falar de quando eu vou entrando para... Para essas áreas. Aí , surge o Centro Ginecológico de Controle do Câncer Mamário. Tá. Então tem um período muito grande de crescimento. Começa com a Maternidade de Campinas. Programas Internacionais. E aí surge o CAISM. Então isso aqui...

**Luiz Antonio: Ah, mais deixa as atividades nas secretarias.**

**Zeferino:** Não, tudo bem!! Eu não vou... Deixa eu olhar aqui. Ah, as atividades nas secretarias. Aí vai... Quando ele vai para a secretaria da saúde. Aqui fala desse negocio da... da “Barriga de Aluguel”. Fala dessa coisa... Dessa coisa... é, do CRM, ! O CRM. Aí já é uma trajetória um pouco diferente. Eu continuo trabalhando no controle do câncer, mas eu já começo fazendo muito mais outras coisas também. Já... já é muito atual. Aí já é muito atual. Então, aqui... Márcia!

**Luiz Antonio: Mas você... Fechou o documento sem salvar, não?**

**Zeferino:** Será? Tudo bem Márcia?

**Márcia: Tudo bom.**

**Zeferino:** Sabe o que quê eu quero? Eu quero... No meu memorial... Um artigo que eu conto... O histórico do rastreamento, E aquele documento do CRM.Você se lembra?

**Márcia: Você quer o arquivo, Doutor?**

**Zeferino:** O artigo.

**Márcia: Posso pegar a pasta?**

**Zeferino:** E tem um documento do CRM que está no memorial. Tá naquele primeiro texto no memorial e tá... E eu cito ele. Eu sei que tá dentro do memorial. É fácil prover isso.

O que eu tenho para as 10h, Márcia?

**Márcia: Senhor?**

**Zeferino:** Tem alguma coisa na agenda as 10h, não tem?

**Márcia: Ah, o Dr. Benevito não vem.**

**Zeferino:** Quem que é Benevito?

**Márcia: Ah, vem outra pessoa, Diretor... Ele chegou agora... É. Estava esperando chegar uma outra pessoa...**

**Zeferino:** Quem é que esta lá com ele, Márcia?

**Márcia: A Neide... a Márcia... Esse aqui. Ele surgiu a mais de 20 anos, Doutor? É Internacional?**

**Zeferino:** Não. Eu escrevi um capítulo de livro sobre esse assunto.

**Márcia: Tem aqui nacional a partir de 2001.**

**Zeferino:** É. Tem nacional comigo, Márcia.

**Márcia: Esse aqui é 2001.**

**Zeferino:** 2005 e 2006. Isso aqui virou um artigo, que eu propus passar para você. Revelou a postura dá campanha de 98. Dá uma cópia para ele. Então... achei muitos lineares em Congresso, que daí escrevi esse artigo.

**Márcia: Não achei nada sobre rastreamento.**

**Zeferino:** Ah, Márcia! Eu acho que está em inglês. Internacional. Desculpa, apesar de ter publicado no Brasil, foi em inglês. Deixa que eu procuro. Tá aqui. Desculpe. Isso tudo é artigo? Tá nessa pasta?

**Márcia: Tá aqui... tá aqui. Esse aqui é 2006.**

**Zeferino:** Esse que você está mexendo, recoloca aqui.

**Luiz Antonio: Eu queria agradecer, a sua entrevista foi ótima. Foi para mim uma verdadeira... uma ótima aula sobre esse questão, na parte histórica também, foi para mim excelente. É. Fica a pergunta assim, nesse nível sobre, mas sobre história do câncer de colo, da prevenção. Você teria outros nomes que você me sugeriria de conversar?**

**Zeferino:** Se você quiser saber um pouco da história, Lilian, Dr.<sup>a</sup> Lilian de São Paulo. Ele pode contar um pouco... do trabalho de Sampaio Goes. Ela deve estar bem velhinha.

**Luiz Antonio: Lilian?**

**Zeferino:** Eu não sei. Ela deve estar muito velha.

**Luiz Antonio: Talvez trabalhe aonde?**

**Zeferino:** Eu sei como localizá-la, se ela estiver viva.

**Luiz Antonio: Ela trabalhou com o Goes, é isso?**

**Zeferino:** Trabalhou com o Goes. Ela ia nas Unidades Móveis.

**Luiz Antonio: Ah, então devo encontrá-la no livro do Goes. Ele tem um livro sobre o pai dele..**

**Zeferino:** Pai dele. É Lilian o nome dela. E eu não vou... eu posso te dar o telefone de um médico de São Paulo, que é ele que me dá informações dela. Francisco Ricardo Gualda Coelho.

**Luiz Antonio: E mais sobre Pinotti, você me citou o...**

**Zeferino:** Abimael Martins... A minha secretária tem todo... processo da pessoa. Então para Lilian você marca o telefone... Francisco Ricardo... Me dá um papel...

**Luiz Antonio: Eu to gravando... Pode...**

**Zeferino:** É Francisco Ricardo Gualda Coelho, de São Paulo. Ele dá informação da Lilian... informação "do paradeiro" da Dr.<sup>a</sup> Lilian. Eu sei que ela está bem velhinha.

**Luiz Antonio: Ok!**

**Zeferino:** Ok. A outra pessoa é... Seria...

**Luiz Antonio: Pinotti tem alguém da família que se possa ser acessível?**

**Zeferino:** Que pudesse contar a história... o Abimael pode te dar mais dicas sobre isso, pode até falar por telefone. Abimael Martins. Ele é de Campinas. Pode até falar por telefone com ele. Pode citar que fui eu que indiquei o nome para os dois. Tanto... Zeferino, não Luiz Carlos. Tá!

**Luiz Antonio: Ok!**

**Zeferino:** Ah então, eu tenho um grande apreço por todos eles. Tá! E da família do Prof. Pinotti, é a esposa dele.

**Luiz Antonio: De repente tem até documentos também.**

**Zeferino:** Com certeza. A esposa dele... Sueli Pinotti.

**Luiz Antonio:** Sueli Pinotti.

**Zeferino:** Sueli Pinotti. A minha esposa deve ter o telefone dela também. A secretária deve ter o telefone dela aí.

**Luiz Antonio.** Ok

**Fim da entrevista**

---